

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE AUX NÉVROSES ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, Membre de l'Académie de médecine

ET

RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

—
SEPTIÈME SÉRIE. — TOME DOUZIÈME

QUARANTE-HUITIÈME ANNÉE

90152



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

—
1890

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique.

Premier Congrès annuel des médecins aliénistes. — De quelques erreurs sur la folie, nées des doctrines psychologiques. — De l'échomatisme. — Abasie-astasia. — Dégénérescence hyaloïde dans la paralysie générale progressive et formation de vacuoles dans les cellules nerveuses. — *L'assistance publique dans le département de Sambre-et-Loire*, par le D^r HENRI NAPIAS, avec une lettre de HENRI MONOD.

Nous publions plus loin la circulaire des organisateurs du premier Congrès annuel des médecins aliénistes, qui se tiendra à Rouen, le lundi 4 août prochain. MM. les D^{rs} Delaporte et A. Girard, directeurs médecins des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure, ne feront pas en vain appel au zèle de nos collègues ; les adhésions, nous en sommes convaincu, leur arriveront en grand nombre, en même temps que les titres de travaux à communiquer. Tous nos confrères tiendront à honneur de contribuer au succès de cette première session, et, par suite, de la nouvelle institution des Congrès annuels, qui, s'ils le veulent bien, peut exercer la meilleure influence sur les intérêts scientifiques, moraux et professionnels de la spécialité.

Les deux questions mises à l'ordre du jour sont, pour la pathologie mentale, les *Relations de la paralysie générale et de la syphilis*, et pour la législation, *Le projet de révision de la loi du 30 juin 1838*. Elles donneront matière à d'importantes discussions pratiques d'où il ne peut manquer de jaillir beaucoup de lumière. Indépendamment de ces deux questions, en quelque sorte officielles, le programme comprend la lecture d'un certain nombre de mémoires originaux, qui affirmeront une fois de plus la vitalité de la psychiatrie française, et la visite des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure, qu'on considère avec raison comme des modèles.

Encore une fois, nous souhaitons le plus grand succès à cette première réunion annuelle des médecins aliénistes ; par le nombre des adhérents et l'importance de leurs communications, elle sera d'un excellent augure pour l'implantation définitive, en France, d'une coutume qui rend de si grands services dans les pays voisins.

Il est peu d'œuvres humaines, et en particulier les théories scientifiques, qui ne soient un mélange de vérités et d'erreurs. Celles-ci heureusement se dissipent avec le temps et grâce aux progrès mêmes de la science ; mais alors, repudiées par les gens compétents, elles persistent néanmoins dans le vulgaire, durant plusieurs générations, comme par une sorte de mouvement acquis. C'est ainsi qu'en médecine mentale, par exemple, on voit des opinions accréditées au commencement du siècle et qui ont été soutenues par de hautes autorités médicales, être admises encore dans des milieux réputés intelligents. Telle est, entre autres, cette assertion soutenue par Esquirol que la folie est due à l'exagération de certaines passions. Ainsi un personnage en vue devient-il paralytique général avec délire des grandeurs, quatre-vingt-dix-neuf personnes sur cent soutiendront que

c'est l'ambition qui l'a rendu aliéné, et de graves journalistes profiteront de ce fait pour moraliser sur les malheurs du temps présent, sur notre civilisation qui surchauffe les cerveaux au point de les faire éclater, etc.

Une erreur scientifique ne présenterait-elle que cet inconvénient de persister dans le public, il n'y aurait que demi-mal; mais elle entraîne souvent à sa suite des conséquences sérieuses, qu'il est intéressant d'étudier lorsque l'occasion s'en présente. C'est à une telle étude que vient de se livrer notre distingué collaborateur, M. le D^r V. Parant, en recherchant les idées fausses qu'ont engendrées les doctrines psychologiques de la folie (1).

Dans l'œuvre d'Esquirol et de Pinel, il faut distinguer entre les faits et les résultats cliniques d'une part, qui sont à tous égards remarquables et même définitifs, et, d'autre part, les doctrines qui devaient servir à l'explication de ces faits et qui étaient empruntées à la psychologie bien rudimentaire de l'époque. Observateurs de premier ordre, si ces maîtres se sont trompés, c'est plus le fait de leur doctrine que de leur méthode clinique. Mais, comme il arrive malheureusement trop souvent, ils ont trouvé des disciples qui ont reuchéri sur leurs erreurs, d'où ils ont tiré tout le développement logique qu'elles comportaient.

M. V. Parant énumère ainsi qu'il suit les principales erreurs que les doctrines purement psychologiques en aliénation mentale ont fait naître : « Elles ont été, dit-il, le point de départ de la doctrine des monomanies, doctrine si mal comprise et encore plus mal appliquée, elles ont momentanément fait peser sur les aliénés un système de traitement (traitement moral de Leuret) qui

(1) De quelques erreurs sur la folie, nées des doctrines psychologiques. In *Mémoires de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse*, tome XI, 1889.

devait fatalement être sans efficacité, si même il ne pouvait aggraver la maladie mentale ; elles ont donné au public des préventions qui subsistent encore et laissé croire que le premier venu est aussi compétent, sinon même plus compétent qu'un médecin spécialiste dans les questions de folie ; enfin elles ont propagé les notions les plus fausses et les plus inexactes sur la nature véritable de l'aliénation mentale. »

Ces divers points sont successivement passés en revue avec la compétence incontestée de notre savant collaborateur. Nous apprenons par lui, qu'en Angleterre comme en France, il existe des personnes, même haut placées, qui ont des préventions contre les médecins aliénistes et leur intervention dans les questions judiciaires. Il cite, à ce propos, les opinions d'un magistrat, lord Bramwell, qui, dans un mémoire intitulé *Crime et folie*, a repris la thèse autrefois soutenue chez nous par un avocat, E. Rognault. Mais le juge dépasse l'avocat en fait de paradoxe ; s'inspirant sans doute du trop célèbre Laubardemont, il émet l'idée que l'aliéné, non seulement doit subir les règles de droit commun, mais que même il doit être puni plus sérieusement que l'homme d'esprit, si cruel que cela paraisse. Et il en donne la raison suivante : « Du moment que l'aliéné a moins d'empire sur lui-même que le sain d'esprit, il est nécessaire que la loi agisse plus fortement sur lui pour l'effrayer et le détourner de ses actes malfaisants. » Et plus loin il ajoute, pour bien affirmer son sentiment à cet égard : « On me demande : Feriez-vous pendre un aliéné ? — Oui, certes, si c'est un de ces misérables qui veulent tuer. Ma seule hésitation serait de savoir si un châtimement qui le rendrait ridicule, qui le toucherait dans sa vanité, la fustigation publique, par exemple, ne vaudrait pas mieux pour lui. »

De pareilles exagérations ne méritent même pas

d'être réfutées ; mais, comme le fait justement remarquer M. Parant, elles proviennent sans conteste de cette supposition que la folie n'est que le trouble des passions et que le trouble des idées y est un élément essentiel. Tout son travail est une protestation motivée contre cette erreur, qui, heureusement, n'a plus cours dans le corps médical.

Par *échomatisme*, il faut entendre l'imitation des mouvements quels qu'ils soient. Si le mot est nouveau, la chose ne l'est guère, et, sans remonter plus loin, on peut en donner comme exemple l'histoire des montons de Panurge que Rabelais s'est plu à nous raconter. Il s'agit en somme d'un phénomène très ordinaire, maintes fois étudié par les physiologistes et que les médecins aliénistes ont l'occasion d'observer, avec une intensité très marquée, dans certains états pathologiques.

C'est à éclairer le mécanisme physiologique de cette *imitation des mouvements* qu'est consacrée la thèse de M. Claude Sigaud (1), soutenue récemment à la Faculté de Lyon. Voici le fait qui a amené l'auteur à choisir ce sujet : Une femme hystérique, occupée à moissonner, vit tout à coup se dresser devant elle un énorme serpent qui lui darda des yeux fixes et ardents, en lui tirant la langue. Elle tomba sans connaissance. Au bout de quelques minutes, elle put se relever et regagner son domicile. « Le lendemain et les jours suivants l'image visuelle du serpent ne cessa d'être présente à son esprit, de l'obséder ; elle percevait même sur la nuque le frottement des écailles du reptile, elle entendait des sifflements... Enfin, au bout d'un mois, elle se mit à exécuter avec le tronc des mouvements de reptation.

(1) *Étude de psycho-physiologie. Échomatisme, zoandrie, écho-kinésie, écholalie*. Paris, 1890 ; J. B. Baillière.

tion, sa tête se renversait en arrière, sa langue était projetée hors de sa bouche grande ouverte. C'était une véritable « métamorphose », elle était bien devenue « femme serpent. » — A côté de ce fait, l'auteur place celui d'une enfant de dix ans, qui, effrayée par un chien qui l'avait poursuivie, fut prise de rêves terrifiants, d'hallucinations de la vue, puis, quelques semaines après, de crises convulsives ; à un moment donné, cette fillette se mit à « marcher quelquefois à quatre pattes, essayait de lécher le lait comme un chien ; pendant les crises, elle fait quelquefois semblant de mordre, elle aboie, enfin, elle imite le chien. »

Ces deux cas, de même que tous les cas semblables, sont considérés par M. Sigaud comme des observations de *zoandrie* d'origine échomatique ou échokinésique, dont il a cherché à donner une interprétation positive à l'aide des théories récentes de la psychologie expérimentale.

Un des principes de celle-ci est la tendance des images mentales à se manifester par des mouvements, à se compléter par des actes. Au fond de tout phénomène psychique se retrouve l'acte réflexe avec ses trois moments constitutifs (1). « A l'origine de mouvement, c'est-à-dire du troisième moment de l'arc réflexe psychique, nous trouvons l'image kinesthésique. Celle-ci, en se réveillant dans l'esprit de l'individu sous l'influence de l'image visuelle, sa compagne habituelle, tend à produire le mouvement auquel elle s'est trouvée antérieu-

(1) La thèse de M. Sigaud est riche en renseignements bibliographiques. Nous avons cependant été étonné de ne pas voir figurer parmi les auteurs qui ont étudié la question des réflexes psychiques, M. le Dr J. Luys, qui, en 1874, a publié un volume intitulé : *Études de physiologie et de pathologie cérébrales*, avec le sous-titre : *Des actions réflexes du cerveau dans les conditions normales et morbides de leurs manifestations*. Une trentaine de pages de cet intéressant volume sont consacrées à la description de phénomènes physiologiques et morbides de l'imitation.

rement conviée et devient ainsi une cause d'excitation motrice. Ainsi un échokinésique voit exécuter un mouvement ; l'image visuelle de ce mouvement apparaît dans son esprit, et réveille l'image motrice à laquelle elle est associée et finalement cette image motrice entraîne l'exécution du mouvement dont elle est la représentation cérébrale. »

Appliquons ces principes aux deux faits cités plus haut : l'image visuelle du reptile, dans le premier cas, et du chien dans le second, a vivement frappé l'esprit des malades, s'y est implantée et a fini par s'extérioriser en donnant lieu aux mouvements qui en sont la traduction motrice.

M. Sigaud explique aussi l'*écholalie* ; mais alors l'image kinesthésique est éveillée, non plus par une image visuelle, comme précédemment, mais par une image auditive.

On peut toujours se demander pourquoi cette fatalité du réflexe psychique dans ces états morbides ? C'est que, pour l'auteur, il s'agit de dégénérés dont la *dominante psychologique* est l'*automatisme cérébral*, « état psychique tel, qu'une excitation étant donnée, la réponse motrice se produit fatalement après une élaboration centrale rudimentaire, le plus souvent inconsciente. »

Cette « étude de psycho-physiologie », quelles qu'en soient les lacunes et les hypothèses souvent hasardées, est d'une lecture très attachante et mérite à bien des égards d'être consultée.

Par les termes un peu bizarres d'*astasia* et d'*abasia*, M. Paul Blocq a dénommé un syndrome, déjà décrit, en 1883, par MM. Charcot et P. Richer, et dans lequel l'impossibilité de la station verticale et de la marche normale contraste avec l'intégrité de la sensibilité, de la force musculaire et de la coordination des autres mon-

vements des membres inférieurs (1). Dans cet état morbide, donc « l'impuissance motrice ne tient pas à une paralysie des mouvements généraux, puisque le malade exécute, à l'aide des membres inférieurs, avec la plus grande précision, des actes divers et peut même sauter, dans quelques cas, ou « marcher à quatre pattes », mais il a perdu le souvenir des mouvements spécialisés nécessaires pour se tenir debout (*astasia*) et pour marcher (*abasia*). »

Les observations de cette singulière affection, publiées par M. P. Blocq, sont au nombre de onze; dans toutes, il s'agit d'une évolution continue, d'une durée variant entre trois et quinze mois. La guérison a été jusqu'à présent la règle. M. Ladame (de Genève) vient de publier (1) *un cas d'abasia-astasia sous formes d'attaques* (attaque abasique). Il s'agit d'un homme d'un aspect robuste qui a passé treize ans de sa vie à voyager sur l'Amazone et dans les Cordillères. Son premier accès abasique survint, il y a vingt-cinq ans, au cours d'un voyage à travers une forêt vierge. « Tout à coup, il reçut un choc dans la tête et ne put plus marcher. Il dut s'asseoir sur l'herbe, très angoissé, ne pouvant plus se relever. » Il était comme paralysé, sentait ses mains se tordre nerveusement et ne pouvait plus articuler. Cet état ne dura que quelques minutes; le malade put se relever et se remettre en marche, en faisant de violents efforts. Cinq ans après, nouvel accès; puis l'aptitude à la marche se perdit de plus en plus. « Depuis bien des années, le malade ne peut marcher plus de quelques centaines de pas sans être pris soudain d'un accès d'astasia-abasia. Une faiblesse angoissante l'envahit; il doit s'arrêter et s'il ne s'asseyait pas de suite, il tomberait

(1) Sur une affection caractérisée par de l'astasia et de l'abasia. In *Archives de neurologie*, n° de janvier et de mars 1888.

(2) *Archives de neurologie*, n° de janvier 1890.

à terre. S'il se force quand même à marcher, lorsqu'il sent venir les premiers symptômes, il reçoit comme un coup de marteau dans la nuque et se ressent de cette douleur pendant plusieurs jours, chaque fois qu'il tente de faire quelques pas. Aujourd'hui le malade ne peut pas faire une cinquantaine de pas sans être pris de son accès. »

L'examen objectif ne donne rien d'anormal : du côté des membres inférieurs en particulier, la force, la sensibilité, la coordination des mouvements sont indemnes.

Bien qu'il n'existe aucun des stigmates habituels de l'hystérie, notre savant collaborateur se croit autorisé à rattacher l'affection de son malade à l'hystérie, en raison surtout des accès de mutisme dont il a été atteint à plusieurs reprises. Il faudrait donc, d'après M. Ladame, ranger désormais cette forme nouvelle, l'*attaque abasique*, à côté de toutes les variétés connues d'attaques hystériques : syncopale, épileptoïde, démoniaque, de délire, de contractures, de sommeil, de catalepsie, etc.

L'anatomie pathologique de la paralysie générale n'a pas dit son dernier mot. Les procédés d'exploration histologique devenant plus précis et plus délicats, on comprend que des lésions qui n'avaient pas échappé aux recherches des premiers observateurs, soient cependant aujourd'hui mieux décrites et qu'on possède des renseignements plus complets sur leur genèse et leur évolution. La dégénérescence hyaloïde et la formation de vacuoles dans les cellules nerveuses sont de ce nombre. M. le Dr J. Dagonet, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, a eu l'occasion de les étudier dans deux cas de paralysie générale qui avaient évolué lentement, sans particularités dans les symptômes (1).

(1) Communication faite à la Société de Biologie, séance du 25 avril 1890.

Il a pu constater que la *dégénérescence hyaloïde* était diffuse, portait plus particulièrement sur la substance blanche et s'étendait à tout le système nerveux (moelle, bulbe, cerveau, cervelet). Dans les nerfs, beaucoup de segments inter-annulaires avaient subi une altération pathologique analogue. D'après un auteur allemand, Holschewnikoff, les gouttelettes hyalines proviendraient du protoplasma de cellules endothéliales de capillaires. Les recherches de M. Dagonet ne lui permettent pas d'être aussi affirmatif; dans les faits observés par lui, il pense avoir eu « affaire à des lésions d'origine complexe, les masses hyalines n'avaient souvent aucun rapport avec les vaisseaux et il aurait été difficile d'admettre pour cette dégénérescence une origine purement vasculaire ».

Quant aux *vacuoles des cellules nerveuses*, notre savant confrère pense qu'il s'agit, non pas, comme le disent certains observateurs, d'un produit artificiel dû au mode de durcissement ou d'une altération cadavérique, mais d'une lésion pathologique. Il a trouvé ces vacuoles en très grand nombre dans la moelle, plus rarement dans le bulbe. Elles étaient situées dans le protoplasma de la cellule nerveuse et faisaient saillie à la périphérie. Faut-il, avec la plupart des auteurs, considérer ces vacuoles comme des espaces vides? Ce n'est pas l'opinion de M. J. Dagonet; en effet, celles qu'il a observées étaient en réalité des *masses sphéroïdales de substance hyaline*, car elles présentaient les propriétés physiques et chimiques des taches et des blocs de dégénérescence hyaloïde, trouvées sur les autres parties du système nerveux. Les vacuoles des cellules nerveuses seraient donc intimement liées à cette dégénérescence.

Depuis la *République* de Platon et l'*Utopie* de Thomas Morus, maint auteur a mis la fiction au ser-

vice des idées qui lui étaient chères. C'est d'ailleurs un genre littéraire très goûté par le public ; qu'on se rappelle seulement l'immense succès obtenu, il y a quelque trente ans, par le *Paris en Amérique* de Laboulaye. Ce succès, nous le souhaitons très vivement à l'excellent volume que vient de publier M. le Dr Henri Napias, inspecteur général des établissements de bienfaisance (1). Mais il ne s'agit pas là de politique, comme dans l'œuvre du professeur du Collège de France, mais d'hygiène et d'assistance publiques, deux sciences dans lesquelles notre confrère est passé maître.

Le département de Sambre-et-Loire, dont il nous fait connaître les institutions de bienfaisance, ne valait à ce point de vue ni plus ni moins que bien d'autres : de l'incurie, de l'ignorance et beaucoup de prévention contre le corps médical de la part des administrateurs des hôpitaux et hospices. Voici ce qui s'y passait concernant notre spécialité : dans un chef-lieu de canton, la cellule destinée aux aliénés de passage se trouvait « loin de toute habitation, dans les communs de l'hospice, proche le poulailler et la porcherie ; les aliénés y étaient abandonnés sans surveillance, sans moyen de chauffage, sans autre couchage qu'une botte de paille, sans vitres à la lucarne grillée par où le vent, la pluie, la neige avaient loisir d'entrer. Les pauvres fous grelottaient là pendant les nuits d'hiver, en attendant leur transfert, et mouraient quelquefois avant. » Quant à l'asile départemental de Sambre-et-Loire, il était construit d'après les principes les plus récents et très bien situé ; partout régnaient la propreté et l'ordre le plus parfait ; mais « tout ce luxe de surface n'impliquait pas la perfection ».

(1) *L'assistance publique dans le département de Sambre-et-Loire*, 1 vol. in-8°, avec une préface de Henri Monod, Paris, 1890, Lecrosnier et Babé, édit.

« Certes les dortoirs étaient admirablement tenus et, tout à côté, les lavabos alignaient des cuvettes d'un mécanisme compliqué où les tuyaux amenaient l'eau chaude et l'eau froide à volonté, par un jeu savant de robinets ; — mais on ne se servait pas de ces lavabos ; il n'y avait en réalité ni eau chaude ni eau froide, parce qu'on estimait qu'il en pourrait résulter des taches sur le parquet ciré et une difficulté d'entretien qu'on avait simplifié en envoyant les malades se laver, comme ils pouvaient, à une fontaine dans le préau.

« La cuisine était coquettement lambrissée de faïences, et les chaudières de cuivre brillaient comme des miroirs ; mais si la nourriture des pensionnaires de première classe était soignée, celle des malades indigents était par contre fade et monotone : il n'y entrait qu'une proportion un peu faible de viande, presque pas de beurre, et on s'ingéniait médiocrement à varier le mode d'assaisonnement. La pharmacie ne s'approvisionnait pas volontiers des médicaments nouveaux. En tout, on cherchait une stricte économie. C'est qu'il fallait compter avec le Conseil général qui ne voulait pas élever de 5 ou 10 centimes le prix de journée fixé à 95 centimes, malgré les incessantes réclamations du directeur-médecin.

« Il résultait de tout cela que les aliénés indigents étaient logés et nourris médiocrement, mais qu'ils étaient encore plus médiocrement soignés. D'ailleurs, ils étaient réunis en trop grand nombre dans les préaux où ils s'agitaient, s'illusionnaient, s'hallucinaient, se suggestionnaient réciproquement. Le médecin gémissait de ne pouvoir en isoler qu'un petit nombre dans des cellules imparfaitement agencées et dépourvues de préaux, il pensait que beaucoup trouveraient pourtant dans cet isolement des conditions utiles à leur guérison. Il administrait de son mieux et soignait comme il pou-

vait, mais il savait bien, lui, que l'asile départemental de Sambre-et-Loire n'était pas encore un asile modèle; qu'il y avait beaucoup à faire pour le rendre tel, et quelque argent à dépenser. »

Voilà, croyons-nous, des critiques qui portent, et je connais plus d'un asile d'aliénés de France qui peut se les appliquer. Heureusement, pour le département de Sambre-et-Loire, le moment des réformes pratiques approche. On lui envoie un préfet idéal, M. Nemo, passionné pour toutes les questions d'assistance publique. Il sait convertir à ses idées son Conseil général et, avec son aide, il constitue une grande Commission d'assistance qui commence ses travaux en nommant une délégation chargée d'étudier en France et à l'étranger les institutions de bienfaisance. Les membres de cette délégation remplissent leur mission avec zèle et dévouement; il nous est impossible de les suivre dans leur voyage, mais nous empruntons à M. Napias ce qu'ils ont vu d'intéressant pour les médecins aliénistes.

« Dans les asiles d'aliénés, ils firent une ample moisson de documents utilisables. Ils avaient vu les principaux établissements destinés aux aliénés dans notre pays; ils avaient vu à Saint-Yon, dans la Seine-Inférieure, la magnifique piscine et la luxueuse installation hydrothérapique; ils avaient constaté que le service de surveillance de nuit y était contrôlé par un système ingénieux de *compteurs de ronde*, enregistreurs automatiques dont ils avaient trouvé un perfectionnement à Lhommelet (Nord) chez les frères Saint-Jean de Dieu; ils n'avaient pas caché leur surprise de ne rien rencontrer de semblable ni à Charenton, ni dans les magnifiques asiles de la Seine. Ils trouvèrent la surveillance plus complète à Vienne et à Buda-Pesth; ils firent même emplette d'une montre utilisée à Vienne pour s'assurer que le veilleur ne cède point au sommeil. Ils

furent également surpris, dans l'asile d'aliénés de cette dernière ville, de ne trouver aucun moyen de contrainte pour les aliénés ; et comme ils demandaient s'il n'y avait pas de camisoles de force, le D^r Gauster, médecin-directeur, leur répondit qu'il en existait, en effet, une seule, qui se trouvait au musée de l'établissement ; et il la leur montra.

« A Buda-Pesth, ils prirent le dessin d'un lit à colonnes et à entourage de filet utilisé pour certains agités ; au manicomie de Turin, ils constatèrent le bon usage qu'on faisait, pour les épileptiques, d'un lit à parois hautes faites de mailles d'acier très souples.

« La colonie d'aliénés de Gheel, en Belgique, ne leur parut pas donner les bons résultats qu'on leur avait annoncés. En Angleterre, ils s'assurèrent que les asiles volontaires pour les ivrognes n'avaient jamais guéri personne de l'ivrognerie. »

Le voyage d'études terminé, la Commission d'assistance se met à l'œuvre, et avec l'aide du préfet idéal, et aussi d'un legs de plusieurs millions, qui, comme dans tout bon roman, tombe du ciel sur le département de Sambre-et-Loire, transforme les divers services d'assistance. Ce qui fut fait, et comment on le fit, nous laisserons à nos lecteurs le plaisir de l'apprendre par eux-mêmes. Contentons-nous de dire qu'une des premières réformes fut celle des cellules destinées aux aliénés de passage, « qui sont maintenant beaucoup plus humainement installées qu'il y a quelques années où il semblait qu'on en fût resté aux idées et aux pratiques d'avant Pinel en fait de médecine mentale (1). »

(1) Il n'est pas sans intérêt de reproduire ici ce que M. Napius fait dire à M. Nemo (p. 85) sur le mode de recrutement des médecins des asiles :

« On a, depuis deux ans, décidé que dans l'avenir les médecins-adjoints seraient recrutés au concours ; mais ce concours se fait par régions et il peut y avoir trop de candidats ici et trop peu ailleurs ; ne

Le peu que nous en avons dit, les quelques passages cités, montrent tout l'intérêt de cette excursion en pays d'utopie. Mais on l'a dit bien souvent : les paradoxes de la veille sont les vérités du lendemain. Et qui sait ? ce qui, dans l'aimable roman de M. Napias, n'est encore que fiction, est en train de prendre corps et de se réaliser. L'activité féconde de notre savant confrère y contribuera pour sa bonne part ; son « charmant » livre aussi, car il sera beaucoup lu et goûté : ne s'adresse-t-il pas à l'un des plus nobles besoins de notre nature, celui de faire le bien ?

Dans une spirituelle lettre-préface que M. H. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, a mise en tête du volume, se trouvent les lignes suivantes : « Les questions d'assistance, qui paraissent, sinon moroses, du moins austères, vous les traitez avec cette bonne humeur, cette verve, cet esprit si français que je ne cesse d'admirer en vous, et qui ne sont d'ailleurs que l'enveloppe et la parure d'une science solide, d'un jugement sûr, d'un sens pratique jamais en défaut. Que je voudrais le mettre, ce petit livre, entre les mains de tous les membres de nos Commissions administratives ! Rien, je pense, ne serait mieux fait pour hâter les réformes auxquelles nous avons tous deux dévoué notre vie. » Nous ne saurions mieux dire et surtout mieux terminer ce compte rendu. ANT. RITTL.

vaudrait-il pas mieux faire un concours unique pour toute la France ? Et non seulement pour les asiles, mais pour les quartiers d'aliénés des hospices que je voudrais voir pourvus de médecins ayant une même origine, un même mode d'avancement, et des droits égaux à ceux des médecins des asiles. On trouverait des candidats, n'en doutez pas, si on voulait augmenter raisonnablement la situation qui est faite aux médecins en chef ; et croyez aussi que les médecins-adjoints y travailleraient s'ils savaient que l'avancement est à ce prix, si le choix primait pour une bonne part l'ancienneté. Ne serait-il pas possible d'exiger que, tous les deux ans au moins, les médecins-adjoints produisissent un travail original qui, examiné à Paris, par un jury compétent de professeurs et de membres de l'Académie de médecine, donnerait droit, à huit ou dix lauréats chaque année, de faire, aux frais de l'Etat, un voyage d'étude à l'étranger ? Il faudrait pour cela un crédit annuel de 10 à 12,000 francs ; une misère, si l'on songe au but à atteindre... »

Pathologie.

DES

PSYCHOSES APRÈS L'INFLUENZA

Par le D^r LADAME (de Genève) (1).

L'étude des psychoses dans les maladies infectieuses aiguës est bien propre à nous montrer l'évolution fondamentale qui s'est opérée récemment en psychiatrie.

Le D^r Berthier, de Bourg, écrivait en 1861 : « Il y a deux mots en médecine qui semblent s'exclure l'un l'autre, *fièvre* et *aliénation mentale* (2). » Beaucoup de médecins partagent encore cette manière de voir, qui est celle du public en général. Tous les aliénistes formés à la grande école d'Esquirol retranchaient du cadre des maladies mentales le délire qui accompagne ou suit les fièvres. Dans son traité classique, l'illustre maître s'exprime ainsi : « Les fièvres de mauvais caractère laissent après elles un délire chronique qu'il ne faut pas confondre avec l'aliénation mentale, pas plus qu'il ne faut confondre les fièvres continues ou intermittentes ataxiques avec la folie, à son début (3). » L'école somatique allemande, fondée par Jacobi, n'a jamais accepté cette

(1) Lu à la Société médicale de Genève, le 7 mai 1890.

(2) Berthier. La fièvre dans ses rapports avec l'aliénation mentale. *Annales médico-psychologiques*, t. VII, 1861, p. 1.

(3) Esquirol. *Des maladies mentales*, Paris, 1838, t. I, p. 73.

opinion d'Esquirol, déjà combattue par Max Simon en 1844 (1).

Après avoir reproduit le passage d'Esquirol que nous venons de citer, Max Simon s'exprime ainsi : « Dans notre façon de concevoir les choses, il y a là une erreur ; c'est en effet ce que démontre l'observation la plus attentive. A moins de faire de la folie une entité à laquelle aurait beaucoup plus de part l'imagination que l'observation sévère des faits, si le délire chronique qui survit, dans quelques cas, aux accidents de la fièvre typhoïde, n'est point une des formes variées de l'aliénation mentale, nous ne voyons pas ce qu'il doit être, nous ne voyons pas quelle place il doit occuper dans un cadre nosologique quelconque...

« Esquirol, après avoir établi que ce délire *sans nom* n'est pas de la folie, ne balance point à présenter les maladies à la suite desquelles il se manifeste comme prédisposant à cette affection les individus chez lesquels on l'a observé. Si l'on pressait un peu cette idée, peut-être ne serait-il pas tout à fait impossible de montrer qu'elle frise de bien près la contradiction. »

Aujourd'hui l'on sait que la distinction entre le délire fébrile et celui de la folie est purement artificielle. On possède un grand nombre d'observations qui prouvent que le délire éclate parfois avec tous les caractères de l'aliénation mentale, avant la fièvre, qu'il ne tombe pas toujours avec elle et qu'il se continue, dans certains cas, directement par la folie incurable.

On a observé toutes les formes de transition possible entre les aliénations mentales proprement dites et les délires fébriles. Les médecins savent depuis longtemps que rien n'est plus variable que la présence ou l'absence

(1) Max Simon. *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, août 1844. De la folie consécutive à la fièvre typhoïde et de son mode ordinaire de transmission, p. 53.

du délire dans une même maladie, suivant les individus, et tous ont pu observer que l'intensité du délire n'est nullement en concordance régulière avec le degré de la fièvre. Personne, en psychiatrie, ne soutient plus qu'il existe une différence fondamentale entre le délire de la fièvre et la folie. De nombreux travaux en ont démontré, au contraire, les étroites analogies. On considère actuellement les délires fébriles des maladies infectieuses pour ce qu'ils sont réellement, c'est-à-dire pour des aliénations aiguës, et dans tous les traités récents de psychiatrie, on trouve un chapitre « des délires fébriles » dans la classification des psychoses. On en distingue deux groupes qu'il n'est pas toujours facile de séparer dans la pratique. Les « psychoses fébriles proprement dites » qui éclatent pendant la fièvre, ou même avant l'accès, comme prodromes dans la période d'incubation de la maladie infectieuse, ou comme une manifestation larvée de fièvre intermittente, à la place de l'accès typique habituel. Ces dernières forment la transition entre les psychoses du premier et celles du second groupe, « les délires de la convalescence » ou « psychoses asthéniques », ainsi qu'on les nomme généralement. Celles-ci renferment cependant plusieurs catégories de délires qu'il faut soigneusement distinguer.

Au déclin des maladies infectieuses aiguës, le délire le plus fréquent est celui qui résulte du trouble profond de la nutrition cérébrale, de l'état général d'anémie et d'épuisement du malade. C'est le « délire d'innanition ». A un degré plus aigu et plus prononcé, on a le « délire du collapsus » étudié d'abord par le D^r Weber (1), dans un mémoire qui fit sensation il y a vingt-cinq ans, et qui est toujours utile à consulter. Dans d'autres cas, le délire fébrile se continue sans interruption après la

(1) Weber, On delirium of acute insanity during the decline of ac. diseases, *Med. chirurgical transactions*, London, 1865, p. 135.

chute de la fièvre. Il prend alors le caractère « asthénique » des délires de la convalescence.

M. Christian (1), tout en admettant que l'asthénie est bien le caractère prédominant du délire de la convalescence, d'une maladie longue et grave, a déjà fait remarquer, avec raison, qu'il ne faudrait pas, comme cela a eu lieu trop souvent, considérer ces délires comme étant toujours asthéniques. A côté des « psychoses asthéniques » (2) proprement dites, on observe en effet, pendant la convalescence des maladies aiguës, des délires très variés accompagnés parfois d'autres troubles du système nerveux, dans les sphères sensibles ou motrices, et surtout d'illusions ou d'hallucinations sensorielles. Il est probable que, dans un certain nombre de ces cas, la pathogénie des symptômes psychiques anormaux doit être cherchée dans l'intoxication cérébrale par les produits microbiens. On n'a pas encore la preuve directe de la réalité de cette hypothèse. Mais la variabilité de la symptomatologie correspond vraisemblablement aussi à la variété des circonstances étiologiques.

Un fait capital qui domine ici, et qui distingue proprement les psychoses de la convalescence des délires fébriles, c'est l'influence prépondérante de l'hérédité et des antécédents personnels du malade sur la forme et la nature de son délire (3). Tandis que les psychoses fébriles offrent un tableau clinique assez monotone, une symptomatologie relativement uniforme (ce qui prouve, soit dit en passant, que l'influence de la maladie infec-

(1) J. Christian. De la folie consécutive aux maladies aiguës. *Archives gén. de méd.*, sept. 1873, p. 257 et oct. 1873, p. 421.

(2) Voyez l'excellente monographie du Dr E. Kræpelin. Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. *Archiv. für Psychiatrie*, Bd. XI, 1881 et Bd. XII, 1882, où l'on trouvera les indications bibliographiques les plus complètes sur ce sujet.

(3) Voyez Kræpelin, *op. cit.* et G. Savagc, *Klinisches Lehrbuch der Geisteskrankheiten*. Deutsch von Dr Knecht, 1887.

tieuse aiguë joue un rôle beaucoup plus grand dans le développement du trouble mental que la prédisposition individuelle), nous voyons d'autre part les psychoses de la convalescence présenter une variété considérable d'aspects cliniques. Dans ces dernières, la prédisposition individuelle, héréditaire ou acquise, joue le principal rôle, et l'on constate assez souvent que la maladie aiguë n'est que l'occasion accidentelle de l'aliénation mentale, qui aurait éclaté tôt ou tard sous l'influence d'une autre cause occasionnelle, ou même sans cause apparente, par l'évolution naturelle et spontanée du processus morbide dans un cerveau pathologique.

Les maladies fébriles dans lesquelles on a observé le plus fréquemment les psychoses de la convalescence sont : le rhumatisme articulaire aigu, la pneumonie, la variole, les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde, le choléra, l'érysipèle, plus rarement l'angine, la fièvre scarlatine, et très exceptionnellement la rougeole et la coqueluche.

Quant aux psychoses dans leurs rapports avec l'influenza, elles avaient à peine été signalées avant la grande pandémie que nous venons de traverser.

Pétrequin (1), dans son mémoire bien connu, ne cite que Rush et Bonnet.

Rush (2) a vu la grippe suivie de folie, dans l'épidémie de 1790. On lit à la page 363 de son travail : « Several persons who were affected by it had symptoms of madness, one of whom destroyed himself by jumping out of a window. » *Bonnet*, de Bordeaux (3), a observé un

(1) *Gazette médicale de Paris*, 23 déc. 1837, n° 51, t. V, p. 801. Recherches pour servir à l'histoire générale de la grippe de 1837 en France et en Italie.

(2) *Inquiries and observations*. Philadelphie, 1803, p. 353. *On account of the Influenza as it appeared in Philadelphia*, 1789, 1790 and 1791.

(3) *Journal de méd. de Bordeaux*, 1837, t. V, p. 175.

cas de manie furieuse après la grippe, pendant l'épidémie de 1837. *Crichton-Browne* (voir plus loin) cite un cas de démence aiguë après l'influenza de 1874.

Dans l'intéressant mémoire qu'il a présenté tout récemment à la Société médicale de Genève, M. le professeur Révilliod a étudié surtout les formes nerveuses et les variétés de délire de la grippe qui s'observent pendant la maladie (1). Il a fait un tableau d'ensemble très complet des psychoses fébriles de l'influenza. Je ne m'en occuperai pas dans ce travail. Je me bornerai à relever le fait, signalé par M. Révilliod, que le délire ouvre parfois la scène morbide avant tout autre symptôme, comme c'est le cas aussi dans d'autres maladies aiguës, la pneumonie, la variole ou la fièvre typhoïde. Le D^r Ewald, à Berlin, en a rapporté un exemple frappant (2). Il s'agissait d'un enfant de sept ans, qui s'était rendu à l'école, en pleine santé apparente. Mais, au sortir de la classe, au lieu de rentrer comme d'habitude à la maison, il se rend à la gare, monte dans un train, disant qu'il voulait partir pour Leipzig. On le fait sortir de wagon, et comme il ne pouvait indiquer ni son nom, ni son adresse, on le conduisit à la police qui l'adressa au recteur. Celui-ci le fit ramener chez ses parents. L'enfant ne reconnaît pas la maison paternelle, ni son entourage. Dès lors, il reste plusieurs jours en proie à un violent délire, sans reprendre sa connaissance. C'était le début de l'influenza.

Les observations que je vais rapporter ont unique-

(1) L. Révilliod. Des formes nerveuses de la grippe. *Revue médicale de la Suisse romande*, 10 mars 1890, p. 145.

V. aussi Ségla, Ballet, Joffroy. Délire dans l'influenza. *Soc. méd. des hôp.*, 21 et 28 mars 1890. *Progrès médical*, nos des 29 mars et 5 avril 1890.

Professeur Grasset. Leçons sur la grippe de l'hiver 1889-90, recueillies par le D^r Rouzier, Montpellier, 1890, p. 91.

(2) H. Ewald. *Deutsche med. Wochenschrift*, n° 4, 23 janv. 1890, p. 71.

ment trait aux psychoses qui se déclarent après l'influenza, pendant la convalescence, alors que la fièvre est tombée. Je joindrai à mes observations personnelles celles qui ont été publiées par d'autres auteurs, en particulier par le professeur Kræpelin qui a fait tout récemment un travail d'ensemble sur cette question (1). On peut diviser ces psychoses en plusieurs groupes. Nous en ferons trois principaux.

I. — *Mélancolie et hypocondrie.*

Chez un très grand nombre de malades, on a observé de l'insomnie pendant la convalescence de la grippe, ainsi que l'a fait remarquer M. le D^r Mayor, dans sa communication à la Société médicale de Genève (2). C'est là le premier degré du trouble mental et ceux qui ont prêté à ce symptôme une plus grande attention, n'auront pas manqué de constater en outre que l'insomnie était toujours accompagnée d'un état, plus ou moins prononcé, de dépression psychique, d'indifférence, de mécontentement, de laisser-aller, de malaise, de crainte, d'inquiétude ou d'angoisse, de plaintes ou de récriminations, en un mot, d'une légère atteinte de mélancolie ou d'hypocondrie. Ce trouble se traduit dans maints cas par de l'ennui ou de la mauvaise humeur, de la méfiance vis-à-vis des personnes qui soignent le malade et en particulier vis-à-vis du médecin et de ses prescriptions, dont on ne veut plus entendre parler. Il est bon de connaître ce symptôme psychique, qui s'observe assez généralement chez les convalescents des maladies aiguës. Il n'est pas agréable sans doute de trouver un malade qui

(1) E. Kræpelin, in Dorpat. Ueber Psychosen nach Influenza. *Deutsche med. Wochenschrift*, 16^e année, n° 11, 13 mars 1890, p. 209.

(2) V. Revue médicale de la Suisse romande, 20 mars 1890, n° 13, p. 182.

vous tourne le dos quand on l'approche, ou vous reçoit en maugréant ; mais le médecin qui tient compte de l'état mental de son malade, loin de se formaliser d'un accueil semblable, y trouvera une indication thérapeutique précieuse contre la psychose neurasthénique dont cette mauvaise humeur est souvent le signe. Il faut prévenir les parents et rendre attentif à ce symptôme les personnes qui sont chargées de soigner le malade, afin qu'elles tiennent compte aussi de la part qu'il faut faire au trouble mental, dans les exigences, l'ingratitude et les récriminations dont leurs soins ou leurs prévenances sont trop souvent payés. Cela est d'autant plus nécessaire que, même dans les degrés plus prononcés de mélancolie, personne ne veut croire que l'état mental des malades est troublé, et eux-mêmes moins que personne, car ils conservent leur pleine raison, ils se rendent parfaitement compte de leur état, et la dépression psychique dont ils souffrent n'altère en rien leur lucidité d'esprit. Voici deux cas que j'ai observés en janvier dernier :

Une dame, âgée de quarante-quatre ans, dont les antécédents névropathiques sont très accusés, est atteinte de grippe, à la fin de décembre 1889. Elle se met au lit avec un accès de fièvre modéré qui dure à peine deux jours, de la céphalalgie et des douleurs dans les jambes. Perte d'appétit et vomissements. Grande apathie. Insomnie. Les symptômes de mélancolie ne tardèrent pas à apparaître. Elle ne s'intéresse plus à son entourage, ne témoigne plus aucun sentiment d'affection à son mari et à son fils unique, dit qu'elle est perdue, qu'elle mourra bientôt, refuse la nourriture. Elle ne veut plus se lever, parce qu'elle est trop faible pour marcher. Amaigrissement rapide. Elle fait venir son notaire et lui dicte son testament. Cet état, qui présenta à plusieurs reprises des périodes d'exacerbation et de rémission, dura près de deux mois. Ce fut à la fin de février seulement que la malade sortit de son lit et commença à s'alimenter plus régulièrement. Dès lors, l'amélioration marche rapidement.

Une autre malade, plus âgée, offrit le tableau clinique le plus complet de la neurasthénie hypochondriaque, pendant la convalescence de sa grippe. Elle se plaignait sans cesse et se croyait atteinte tour à tour de toutes les maladies. Ses yeux qui ne voient plus (asthénopie). Elle deviendra sûrement, dit-elle, complètement aveugle. Sa tête qui se trouble. Elle devient incapable de penser. Elle sera bientôt tout à fait imbécile, idiote, c'est une angoisse indicible, accès de désespoir. Elle croit que son mal vient d'une affection de la moelle épinière. Quand elle marche, les symptômes augmentent rapidement. Elle est forcée de s'asseoir après quelques pas. Constipation opiniâtre. Insomnie. La malade répète constamment que jamais elle ne se rétablira. Avant son influenza, la malade avait eu plusieurs fois déjà des accès hypochondriaques analogues. Elle souffre depuis longtemps de neurasthénie cérébro-spinale. La grippe a rappelé un accès de psychose neurasthénique à forme hypochondriaque.

A côté des affections mentales neurasthéniques et mélancoliques simples, on voit d'autres formes dépressives de psychoses chez les personnes qui présentent des antécédents névropathiques plus accusés, comme cela s'observe surtout après la fièvre typhoïde, ainsi que j'ai eu moi-même l'occasion de le constater l'année dernière chez une convalescente de cette maladie. Je n'en ai point vu après l'influenza, mais Kræpelin cite le cas suivant :

Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans, sans hérédité névropathique connue, qui avait eu dans sa jeunesse un accès de mélancolie anxieuse avec tentative de suicide. Atteint d'influenza à la fin de novembre 1889, il fut alité pendant quelques jours, mais reprit bientôt ses occupations. Le 8 décembre, rechute fébrile, anorexie. Le 16, vomissements. Insomnie. Érysipèle à la face, guéri en neuf jours. A Noël, le malade présente des idées délirantes hypochondriaques. Il se croit atteint d'un cancer d'estomac. En janvier 1890, il dit que les remèdes qu'on lui prescrit sont des poisons. Il devient méfiant, refuse la nourriture et la boisson. Il demande un revolver pour se tuer. Puis manifeste une profonde mélancolie. Il se plaint de sa mauvaise conduite, dit qu'il est méchant et pécheur. Il

répand une mauvaise odeur et incommode gravement son entourage, car, dit-il, le cancer éclate partout et affecte l'air ambiant. Insomnie presque complète. Amaigrissement rapide. Sénilité précoce. Le malade est calme, raisonnable, mais croit qu'on veut le faire mourir. Il dit qu'on empoisonne ses aliments et craint qu'on ne l'enterre vivant. C'est ce qu'il a mérité, ajoute-t-il, car il empeste la clinique et en a fait un charnier. Parfois accès anxieux. Jamais d'hallucinations. De temps à autre, refus de nourriture. Les moindres impressions, un bruit inattendu, une ombre sur la paroi, sont interprétés dans le sens de son délire mélancolique.

Ce cas est en effet un exemple de « mélancolie hypochondriaque avec délire » que Kræpelin nomme *Depressiver Wahnsinn* pour distinguer cette forme des autres mélancolies, dont elle se sépare nettement. Le « Wahn-sinn » dépressif est la psychose caractéristique de l'évolution sénile du cerveau. On l'observe fréquemment chez les femmes prédisposées, au moment de la ménopause. C'est la forme spéciale d'aliénation qui indique la vieillesse prématurée de l'organe cérébral. Le cerveau, on le sait, ne réagit pas de la même manière, à tous les âges, aux influences nuisibles qui l'atteignent. Dans la jeunesse la réaction est rapide, violente et passagère. Dans la vieillesse, elle devient lente, peu active, mais tenace et prolongée. L'observation que nous venons de citer montre bien ce développement tardif des idées délirantes hypochondriaques et mélancoliques. La marche chronique du trouble mental fournit la preuve d'une altération profonde de la vie psychique et assombrit le pronostic. Le professeur Kræpelin ne manque pas de faire remarquer que, dans ce cas, l'érysipèle a exercé sur le développement de la psychose une action aussi forte, sinon plus forte, que la grippe ; mais celle-ci a eu certainement aussi sa part d'influence, car l'insomnie, qui est toujours le premier symptôme de la psychose commençante, s'est déclarée avant l'apparition de l'érysipèle.

La mélancolie qui fait suite à l'influenza peut conduire au suicide, comme notre collègue M. E. Martin en a rapporté un exemple (1). Voici les détails que cet excellent confrère a bien voulu me donner à ce sujet :

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, cafetier, un peu obèse, sujet à l'eczéma. En juin et juillet 1889, il avait été traité pour une lymphangite de la cuisse avec abcès, suite d'eczéma. Il fit alors une cure aux bains de Louèche dont il revint très satisfait et en bonne santé. Du 26 au 28 décembre 1889, attaque d'influenza de moyenne intensité. Dès lors, M. Martin ne le vit plus, jusqu'au 11 janvier où il fut appelé subitement auprès de lui à onze heures du soir. Le malade venait de se couper la gorge avec son couteau de poche. Il était mourant, la trachée et la carotide ouvertes. M. Martin apprit alors que le malade n'avait pas été bien depuis sa grippe. Il n'avait pas voulu de médecin, mais il se sentait très fatigué, était triste et mélancolique. Il avait manifesté à plusieurs reprises le désir d'en finir avec la vie, et avait mis son projet à exécution avant qu'on ait pris cette menace au sérieux. La situation de cet homme était aisée. Il menait une vie parfaitement régulière et sobre(?) Il vivait en bonne intelligence avec sa femme. M. Martin ajoute que les antécédents héréditaires névropathiques de ce malade sont très marqués et qu'un de ses frères se serait déjà suicidé.

Nous verrons qu'on trouve toujours des causes prédisposantes à la folie qui suit l'influenza. Il est clair que, dans le cas particulier, si la famille avait pris les mesures nécessaires, on aurait évité la catastrophe finale.

Rush (2) signale, comme nous l'avons dit, un suicide par précipitation. Pétrequin (3) dit que plusieurs malades, atteints de grippe, étaient tourmentés par des idées tristes et il ajoute : « Il paraît que quatre ou cinq suicides ont été accomplis ou tentés dans les hôpitaux

(1) Revue médicale de la Suisse romande, 20 mars 1890, p. 187.

(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 363.

(3) *Loc. cit.*, p. 806.

de Paris. » D'après les renseignements que M. le Dr Dumant, ancien professeur d'hygiène à la Faculté de médecine, a bien voulu me donner, il ne semble pas qu'à Genève les cas de suicide aient été plus nombreux au mois de janvier dernier qu'aux mois correspondants des années précédentes.

II. — *Psychoses asthéniques.*

Un second groupe important de psychoses qui se déclarent après la grippe, présente la plus complète analogie avec celles de la convalescence de certaines maladies aiguës, de la pneumonie et de la variolée, ou avec la folie puerpérale. Ce groupe renferme plusieurs formes qui ont pour caractère commun l'affaiblissement rapide plus ou moins prononcé des facultés mentales, affaiblissement ou démence primitive qui s'accompagne habituellement, au moins au début, de phénomènes d'excitation cérébrale, surtout de nature sensorielle. Kræpelin (1) distingue quatre groupes dans ces états d'épuisement aigu (*acute Erschoepfungszustände*). Le *délire de collapsus*, dont nous avons déjà parlé ; la *démence* ou *délire* ou *stupéur hallucinatoire* (*hallucinatorische Verwirrtheit*) ; la *démence asthénique* (*asthenische Verwirrtheit*), qui répond, dans certains cas, à la torpeur cérébrale de M. le professeur Ball, et la *démence aiguë* ou *stupidité*. Sauf cette dernière, qui ne se développe qu'après une atteinte très profonde de la nutrition cérébrale, toutes les autres formes ont été observées après l'influenza. I. Crichton-Browne (2), cependant, aurait observé un cas de vraie démence aiguë à la suite de la grippe ; mais on ne sait pas s'il s'agissait dans ce cas de

(1) Psychiatrie, 3^e édition 1889, p. 254.

(2) West Riding lunatic Asylum medical. Reports IV, 1874, p. 269. Acute dementia (cité par A. Pick).

la grippe épidémique. Les détails manquent pour se former une opinion sur cette observation.

Kræpelin relate deux cas de « délire de collapsus », suivis de mort.

Un homme de quarante-deux ans, faible de naissance, dans les antécédents héréditaires duquel on note une tante morte aliénée. Pas d'alcoolisme. Influenza au commencement de décembre. Là-dessus un refroidissement. Le malade commence à manifester des idées religieuses exagérées. Il prie beaucoup; prononce des paroles insensées sur le globe, les tremblements de terre. Il devient menaçant et veut frapper ses alentours. On l'attache. Insomnie et agitation. Il est conduit à la clinique le 17 décembre. Bronchite généralisée. Cyanose. Température normale. Amaigrissement. Confusion mentale complète. Le malade donne des réponses insensées, il ne reconnaît pas son entourage; il parle et gesticule beaucoup; son humeur est changeante; il est tantôt angoissé, tantôt expansif avec idées de grandeur. Le jour suivant, grande agitation; refus de nourriture. A minuit, collapsus subit et mort. A l'autopsie, outre la bronchite avec plusieurs foyers de pneumonie lobulaire, on trouve une atrophie brune du cœur et une hyperémie du cerveau. Les circonvolutions sont amincies dans les lobes antérieurs.

Un second cas analogue avec mort subite, pendant un accès d'excitation, chez une femme de trente ans, faible et anémique.

Le délire asthénique proprement dit (*acute asthenische Verwirrtheit*) n'est pas très fréquent. Le professeur Pick en rapporte un exemple assez caractéristique (1).

Le 8 janvier dernier, entré à la Clinique psychiatrique de Prague, une jeune fille de vingt ans, dont les parents ont présenté diverses affections nerveuses. Sa mère est épileptique.

La malade est normalement développée, sujette aux maux

(1) Ueber Geisteskrankheiten nach Influenza, *Neurologisches Centralblatt*, 15 fév. 1890, n° 4, p. 100.

de tête. Irrégularité des menstrues. Cinq semaines avant son influenza, elle eut une violente émotion morale à l'occasion d'un incendie et d'un mauvais chien qui la mordit. Le 4 janvier, étant indisposée, elle est prise de frisson en rentrant d'une promenade, chaleur, maux de tête et de dos, suspension des époques qu'elle n'avait pas revues depuis plusieurs mois. Pendant la nuit, délire gai. Le lendemain, l'influenza était déclarée. Mais le délire et l'agitation continuent, avec insomnie et refus de nourriture; on la fait entrer à la clinique. On constate que la malade, complètement embrouillée, dit des paroles insensées et tout à fait incohérentes. Elle rit et pleure presque sans transition. Sa température est normale. Pouls petit, 96. Facies pâle, expression gaie. Réflexes patellaires assez vifs. Pas de troubles de la sensibilité. L'humeur est changeante — gaie ou calme — l'excitation motrice s'observe principalement dans la parole, accompagnée parfois de gesticulations. Idées tumultueuses. Le trouble mental dure jusqu'au 13 janvier, où la malade commence à se calmer. Le lendemain, l'esprit est plus clair, mais elle ne se rend pas encore compte de ce qui s'est passé. Le souvenir revient peu à peu les jours suivants et la malade sort guérie le 18. Elle se rappelle maintenant très bien tout ce qui s'est passé et dit que maintes fois elle parlait sans savoir ce qu'elle disait.

Ce qui distingue tous ces cas, c'est le trouble mental, l'égarement, la confusion des idées, la complète désorientation des malades. Dans la forme suivante, cette confusion existe toujours, mais elle s'accompagne d'hallucinations variées qui dominent parfois la scène et masquent le fond du tableau clinique.

Le délire hallucinatoire primitif, ou stupeur hallucinatoire (hallucinatorische Verwirrtheit) a été observé après l'influenza par Kræpelin qui relate le cas suivant :

Une fille-mère de vingt ans, de naissance illégitime, un peu alcoolique, accouche normalement le 19 décembre 1889. Deux jours après, influenza avec fièvre assez forte et catarrhe. On la sépare de son enfant qui est placé à l'hospice, ce qui la chagrine beaucoup. Elle présente une grande dépression psychique. Insomnie, puis trouble mental. Elle ne reconnaît plus son en-

tourage, mais reste d'abord calme. Le 12 janvier, elle commence à s'agiter. Elle a des hallucinations de l'ouïe et de la vue. Elle voit des hommes noirs qui prennent son enfant, elle aperçoit des enfants qui s'en emparent et le découpent en morceaux; elle entend la voix de son enfant. Elle entend qu'on l'appelle par son nom, qui est prononcé très distinctement. Elle devient très agressive et sale. Excitation sexuelle; obscénités; elle lance ses aliments de côté et d'autre. Insomnie opiniâtre. Nutrition générale mauvaise; apathie; grande faiblesse; repos au lit; alimentation forcée; la malade se calme; de temps en temps, elle offre des paroxysmes pendant lesquels elle ne reconnaît personne. Elle craint d'être noyée par les médecins. Dépression mélancolique; elle est indigne, elle a fait beaucoup de mal; elle ne mérite pas d'être couchée sur un matelas, mais tout au plus d'être assise sur le couvercle des cabinets. Parfois accès d'angoisse violente avec agitation, semblable au raptus mélancolique. Elle éprouve le besoin de casser, de détruire, d'empoigner ses prétendus persécuteurs. Puis humeur expansive; elle raconte qu'elle a vu des lutins; tout est changé autour d'elle; elle mourra bientôt. L'appétit se relève peu à peu. De temps à autre, refus de nourriture. Depuis le milieu de février, la malade est plus tranquille. Amélioration progressive.

Nous avons affaire ici à une psychopathie déjà plus sérieuse, et le professeur Kraepelin fait remarquer que la gravité du cas correspond à des circonstances étiologiques plus compliquées. Il y a, en effet, accumulation de causes nuisibles. Puerpéralité chez une fille-mère; influenza; choc moral dû à la séparation brusque de l'enfant; tout cela agissant coup sur coup sur la malade.

La stupeur ou démence aiguë hallucinatoire se caractérise par une période prodromique très nette, les rémissions fréquentes, la durée des illusions et des hallucinations, la ténacité des idées délirantes, enfin la marche prolongée du trouble mental qui atteint toujours des individus prédisposés héréditairement et dont la nutrition du cerveau a été profondément troublée. Le

Dr Mayser (1) et le professeur Wille (2) ont publié récemment sur cette forme de psychose des études cliniques très complètes et fort intéressantes. Le mémoire de M. Wille est certainement le meilleur travail d'ensemble qu'on puisse consulter sur ce sujet. Le professeur de Bâle fait observer avec raison qu'Esquirol avait déjà donné une excellente description de cette psychose (la Verwirrtheit) dans son chapitre de la démence (3). Dès lors, on a trop perdu de vue l'opinion d'Esquirol et on a négligé de s'en occuper, parce que le grand aliéniste confondait dans ce même chapitre d'autres formes de maladies mentales, comme la paralysie générale ou la démence sénile, qui y sont absolument étrangères. On s'est habitué peu à peu, surtout en France, à considérer la démence, c'est-à-dire l'affaiblissement des facultés mentales, comme un état toujours secondaire, ce qui est manifestement inexact. Il serait donc temps de revenir aux doctrines d'Esquirol dont on pourra tirer longtemps encore d'utiles enseignements pratiques.

En terminant cette description des psychoses asthéniques, je signalerais le cas intéressant rapporté par le Dr C. Becker, médecin à Rastatt (4).

Une fille de paysans, âgée de vingt-quatre ans, avec une hérédité névropathique assez lourde, présente après l'influenza un délire asthénique de collapsus, caractérisé par des accès périodiques nocturnes d'excitation avec un trouble mental considérable et des visions. L'accès était précédé de symptômes de paralysie vaso-motrice. Rougeur de visage, battements de cœur, paresthésies dans les membres. La première attaque déli-

(1) P. Mayser. Zur sog. hallucinatorischen Wahnsinn, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. Bd. 42, 1886, p. 114.

(2) Prof. Wille (Bâle). Die Lehre von der Verwirrtheit. *Archiv. für Psychiatrie*. Bd. XIX, 1888, p. 328.

(3) Esquirol. Des maladies mentales. Paris, 1838, t. II, p. 219.

(4) C. Becker. Fall von Geisteskrankheit nach Influenza. *Neurolog. Centralblatt*, 14 mars 1890. N° 6, p. 169.

rante eut lieu un matin à cinq heures, après que la malade eut pris le jour auparavant une forte dose de magnésie calcinée. Elle en avait avalé environ cinq cuillerées à soupe, ce qui l'avait beaucoup affaiblie. Guérison complète en quelques jours.

III. — *Autres formes mentales.*

L'influenza devient aussi parfois, comme les autres maladies aiguës, la cause occasionnelle de l'aliénation mentale. C'est elle qui donne le dernier coup et fait éclater la maladie chez un individu prédisposé héréditairement, ou préparé depuis longtemps peut-être à la folie, par ses antécédents pathologiques cérébraux. Dans les cas de ce genre, on n'observe pas le tableau clinique dont nous nous sommes occupé, et qui caractérise les aliénations se développant pendant la convalescence des maladies aiguës. La nature de la maladie mentale y est tout à fait indépendante de l'influenza. Elle est directement le résultat des conditions individuelles antérieures. C'est dire qu'on peut observer dans ces cas tous les genres de psychopathies. Ici, un *delirium tremens* qui fait explosion chez un alcoolique. Là, un accès de manie aiguë. Ailleurs, un délire chronique de persécution, une paranoïa ou délire systématisé. La paralysie générale, complètement latente jusque-là, éclate subitement après l'influenza, ainsi que Kræpelin l'a observé, avec le trouble caractéristique de la parole, les lacunes de la mémoire, le délire hypocondriaque absurde et les idées de grandeur. Le même auteur cite le cas d'un jeune épileptique qui, après une pause de neuf mois dans ses accès, fut atteint d'un état somnambulique grave qui succéda directement à l'influenza. Voici enfin un cas de manie typique observé par le professeur de Dorpat.

Jeune homme de dix-neuf ans. Domestique. Pas d'hérédité. Depuis longtemps il avait souei du service militaire auquel il allait prochainement être appelé. Au milieu de décembre, influenza suivie de dépression psychique. Puis excitation. Insomnies. Huit jours plus tard, gaieté expansive, trouble psychique et excitation motrice. Le malade quitte son service et se rend chez son père mourant qu'il maltraite. Appétit bon. Sommeil meilleur. A son réveil, le malade est toujours plus troublé qu'avant de s'endormir. Le 21 janvier, il entre à la clinique. Il est le plus souvent excité. Besoin de mouvements incessants. Mauvaise nutrition. Si on l'abandonne à lui-même, il commence à chanter et à faire du bruit, se déshabille, etc. Il reste cependant au lit lorsqu'on le lui ordonne et demande souvent à manger. Le 21, état cataleptique des membres. *Flexibilitas cerea*. En février, pas grand changement.

Le cas suivant que j'ai observé en janvier dernier, en consultation avec M. le D^r Schwob, me paraît rentrer aussi dans la même catégorie.

Il s'agit d'un homme âgé de quarante-neuf ans, instruit et intelligent, qui fut atteint vers le milieu de janvier par l'épidémie régnante. Pendant sa convalescence, et alors que la fièvre était tout à fait tombée, il souffrit d'insomnies opiniâtres. Son humeur s'altéra. Il devint colère, impatient, menaçant. A la moindre observation, il entraînait en fureur. Il ne veut voir personne, fait des projets de voyages lointains, des dépenses exagérées, esquisse des idées de grandeur. Il écrit toute la journée et force sa femme à écrire sous sa dictée pendant toute la nuit. Ces écrits n'ont aucune suite. Ils portent le caractère de la plus grande incohérence. Comme on ne le laissait pas sortir, il a menacé de se jeter par les fenêtres. Il refuse absolument de se laisser soigner et, dans la dernière visite que lui fit son médecin, il prit ce dernier par le bras et le mit à la porte. On lui avait prescrit un lavement de séné pour combattre la constipation. Il refusa de le prendre et s'empressa de l'avalier pour qu'on ne lui en parle plus, sans doute. On lui avait préparé un grand bain contre l'insomnie. Il résista avec emportement aux sollicitations de sa femme qui l'engageait à le prendre et pour témoigner de son mécontentement, comme il le raconta plus tard, il alla uriner au milieu du salon. Le soir, il se sauva en chemise

sur le palier, au corridor. Quand je le vis, il offrait tous les symptômes d'une excitation maniaque caractérisée. Toujours en mouvement, il parlait sans cesse. Il racontait toute espèce d'épisodes de sa vie, sans suite, avec un flux de paroles ininterrompues, ne permettant pas qu'on place un mot entre les siens, mais perdant à chaque instant le fil de son récit. Très émotif, il pleure et rit à tout instant, presque simultanément. Ce sont surtout les pleurs qui interrompent sa narration. Crachottements incessants. Le malade a près de lui une bouteille d'eau à laquelle il ne cesse de boire des gorgées, parce que, dit-il, il a le gosier sec et ne peut plus parler s'il ne boit pas. Il dit, en présence de sa femme, toute sorte de détails incohérents sur son mariage. Il ne cesse de parler et de s'agiter. Il refuse la nourriture et ne veut pas se laisser soigner. On a beaucoup de peine à l'examiner. Les pupilles sont rétrécies. Des cicatrices sur la cornée (kératite spécifique) empêchent de constater leurs réactions. Dans les extrémités droites (bras ou jambe), une faiblesse de la motilité dont les traces sont encore manifestes. Ces symptômes d'hémiplégie remontent à une attaque cérébrale congestive qui avait eu lieu quelques années auparavant. L'hémiplégie fut complète au début, paraît-il, mais très passagère. On ne constate pas de troubles de la sensibilité. Mais les réflexes rotuliens sont fortement exagérés. Le malade est en l'air toute la nuit. Pas de délire proprement dit ni d'hallucinations. Comme il est impossible de lui donner à domicile les soins nécessaires et qu'il est devenu dangereux pour lui-même et pour son entourage, on le fait entrer le lendemain à la Métaire où son état s'améliora rapidement dans l'espace d'une quinzaine de jours.

Cette observation ne rentre pas, à mon avis, dans les psychoses asthéniques. Nous avons affaire ici à une excitation maniaque que je considère comme l'épisode d'une affection beaucoup plus grave qui pourrait tôt ou tard se déclarer, et dont le malade présente déjà quelques symptômes avant-coureurs. Les antécédents pathologiques cérébraux et spécifiques; l'âge du malade; la nature des troubles psychiques; les projets de voyage, les dépenses exagérées et les idées de grandeur qui se manifestent en germe, tout cela me fait craindre la pa-

ralysie générale. Il est possible que cette redoutable affection ne se développe jamais d'une manière aiguë, mais le malade n'en reste pas moins sous cette menace et une cause insignifiante pourra peut-être dans la suite en précipiter l'éclosion. En tout cas, malgré l'amélioration survenue, le pronostic me paraît devoir être très réservé.

Kræpelin a vu après l'influenza deux cas de *delirium tremens* typique. L'observation suivante que j'ai eu l'occasion de faire en janvier dernier se rapporte aussi à l'alcoolisme.

Un homme de quarante-deux ans, prédisposé héréditairement (un oncle suicidé, un frère aliéné) est atteint par la grippe au commencement de janvier. Pendant la convalescence, il souffre d'insomnies, de sensations étranges dans la tête, d'hallucinations hypnagogiques. Étant éveillé et vaquant à ses affaires, il sent distinctement quelqu'un qui le frappe sur l'épaule. Il devient triste, anxieux, mélancolique, hypochondriaque, a des idées de suicide, et croit que tout le monde lui en veut. Cet homme a des antécédents alcooliques, et nous devons rapporter les symptômes qu'il présente à un léger degré d'alcoolisme latent, réveillé par l'influenza. J'ai observé chez ce malade un phénomène intéressant que l'on rencontre parfois chez certains aliénés, surtout chez les paralytiques généraux. Il s'agit d'un trouble particulier de la mémoire qui fait croire au malade à une faculté extraordinaire dont il serait doté, sorte de divination qui lui permettrait de pressentir à l'avance un malheur ou une catastrophe. C'est ainsi que le malade dont je parle me dit un jour : J'ai très bien eu le pressentiment hier matin qu'il brûlait dans un village du canton de Vaud (où il a des relations de famille), et lorsque j'ai reçu la nouvelle de l'incendie à une heure de l'après-midi, j'ai dit tout de suite que je le savais bien et que je l'avais pressenti dès le matin à neuf heures. Ce phénomène n'est pas autre chose qu'une opération pathologique rétro-active de la mémoire, qui reporte dans le passé, à un moment où le malade souffre d'un accès d'angoisse, l'impression actuelle qu'il ressent lorsqu'il apprend l'événement, impression qu'il s'imagine avoir ressentie déjà, au moment même où le malheur arrivait.

Les psychoses de la convalescence des maladies aiguës ont donné lieu parfois à des expertises médico-légales (1). Outre les suicides, on a signalé des meurtres et d'autres actes criminels. On a spécialement noté les homicides dans la folie développée à la suite des fièvres intermittentes. L'influenza paraît avoir eu dans certains cas plus rares les mêmes conséquences, s'il faut en croire les nouvelles publiées par la presse. On pouvait lire le fait divers suivant dans les journaux suisses de la fin de janvier :

Le 25 janvier 1890, la petite ville de Payerne a été mise en émoi par un affreux drame.

Un jeune homme de vingt-deux ans, de bonne conduite, mais d'un naturel un peu taciturne (c'est-à-dire sans doute prédisposé héréditairement), a tué sa mère dans un accès d'aliénation mentale. Vers les cinq heures se trouvant seul avec elle, il sortit de la chambre où ils causaient ensemble et s'empara d'une hache placée dans une pièce voisine ; il rentra subitement et d'un seul coup il assomma la malheureuse femme. Le meurtre accompli, il alla remettre la hache à sa place, et tandis que des voisins attirés par le bruit, entouraient la victime, il se promenait dans la chambre, inconscient de ce qui s'était passé. On a procédé à son arrestation sans qu'il ait pu comprendre ce qu'on voulait de lui.

Cet accès de folie est attribué à une suite de l'influenza dont le meurtrier avait été fortement atteint. Peu de jours auparavant, il avait perdu sa jeune sœur, qui a succombé à la même maladie. L'émotion qu'il ressentit de cette perte agit très certainement aussi comme cause provocatrice de l'accès d'aliénation qui eut de si tristes conséquences.

La conclusion générale que nous pouvons tirer de tous ces faits, c'est que l'influenza à elle seule ne suffit jamais à provoquer la folie. Lorsque celle-ci éclate après la grippe, on trouve toujours d'autres causes prédispo-

(1) Voyez spécialement D^r E. Mugnier, *De la folie consécutive aux maladies aiguës*. Paris, 1865, p. 89.

santes ou occasionnelles, en dehors de l'influenza, et très souvent on constate l'accumulation de plusieurs causes réunies. Nos observations confirment ainsi celles du Dr Kræpelin, qui a trouvé, dans tous ses cas, à côté de l'influenza, d'autres circonstances débilitantes ou émotionnelles propres à affaiblir, à épuiser la résistance corporelle et psychique du malade.

Les journaux politiques ont fait grand bruit en mars dernier d'une maladie nouvelle, sorte de léthargie inconnue des médecins, qui sévissait, disait-on, dans le nord de l'Italie et la Suisse, sous forme d'épidémie meurtrière, *La Nona* ou *Nonna*. Cette affection mystérieuse rentre dans la catégorie des psychoses post-grippales, ou tout au moins post-fébriles. Il résulte en effet des enquêtes médicales officielles qui ont été ordonnées sur les cas de cette étrange maladie, observée surtout à la frontière italienne, du côté de l'Autriche, que la nona est une forme nerveuse grave des suites de l'influenza. Un correspondant du *British medical Journal* (1) dit que, d'après cette enquête, sur quatre malades offrant des symptômes nerveux d'un caractère délirant ou comateux, trois avaient été atteints d'influenza ; le quatrième de fièvre typhoïde.

On disait aussi qu'à Zozzo di Sovramontane dix personnes étaient mortes de nona en quelques heures (2). Les Drs Pagello et Murer, chargés de soumettre ces cas à une enquête médicale, arrivèrent à la conclusion qu'ils appartenaient à une sorte de « fièvre exanthématique miliaire contagieuse ». Ce diagnostic prudent permet toute espèce de suppositions, entre lesquelles se placent en première ligne la grippe, la dengue et la fièvre typhoïde ! Aucun malade n'était

(1) N° 29 mars 1890, p. 748. (ROME, *La Nona*, the so called *New Disease*.)

(2) Voir *The Lancet*, avril 1890.

mort après quelques heures. Les cas les plus rapides avaient duré au moins deux jours.

Les médecins de Vienne considèrent la nona comme un manque de réaction du malade contre la prostration des forces causée par la grippe. C'est une psychose asthénique qui se termine par la léthargie et le coma. La maladie atteint de préférence les gens usés par le travail et surmenés de toute manière, qui n'ont pas pu se soigner pendant l'influenza.

Quant à l'étymologie de ce mot « nona », le correspondant du *British medical Journal* la fait remonter à une légende qui vient de la sorcellerie. Dans le nord de l'Italie, comme en Russie et dans d'autres contrées, les gens superstitieux croient que lorsqu'une sorcière approche d'un malade et parvient à le toucher du bout du doigt, sa mort est certaine. Si elle manque son but, le malade guérira sûrement. Or, le mot italien *nonna*, qui signifie littéralement grand'mère, peut être pris dans le sens de vieille femme ou de sorcière. Voilà pourquoi les malheureux atteints par la nonna doivent mourir. On connaît aujourd'hui la puissance des auto-suggestions et il n'est pas douteux que, dans un milieu superstitieux, de semblables croyances puissent avoir de funestes conséquences, spécialement chez les convalescents d'influenza, disposés à la dépression mélancolique, comme nous l'avons dit.

Le pronostic des psychoses post-grippales est généralement favorable. Il dépend, cela va sans dire, de leur nature et des circonstances individuelles dans lesquelles se trouve le malade. Les formes mélancoliques, les psychoses asthéniques simples, à l'exception de certains cas de délire de collapsus, sont généralement bénignes et guérissent en quelques jours, après quelques semaines ou quelques mois, parfois même après plus d'une année.

Les autres affections mentales, dont l'influenza n'a été qu'une cause occasionnelle, doivent être envisagées, au point de vue de leur pronostic, comme on le fait pour ces mêmes affections, dans leur cours habituel. Dans ces cas, la grippe n'a été qu'une cause banale, qui, à défaut de toute autre, a provoqué une maladie mentale prête à faire explosion au moindre choc. Voilà pourquoi il faut avoir soin de bien distinguer, chaque fois qu'un cas de folie éclate, après une affection fébrile aiguë, quelle est la forme clinique de la psychose. Un diagnostic bien fait est ici, comme toujours, la condition indispensable d'un pronostic exact et d'un bon traitement.

L'indication thérapeutique essentielle des psychoses asthéniques qui se déclarent après l'influenza, est évidemment celle qui résulte de l'épuisement des forces du malade. Le délire doit être combattu par une médication roborante et un régime fortifiant. Les préparations de quinquina, le vin, l'alcool sous forme de cognac, surtout dans les cas où le collapsus est à redouter, une alimentation riche et abondante, autant que le permettront les fonctions digestives, telles seront les bases du traitement. Contre l'insomnie, bains tièdes prolongés, surveillés avec soin; enveloppements avec le drap mouillé. Ne jamais manquer de prendre exactement la température du malade après le bain ou l'enveloppement hydrothérapique, qui seront toujours suivis d'un repas chaud et léger, avec du vin ou du thé comme boissons. Comme calmants, le bromure de potassium à doses modérées, 1 à 2 grammes par jour. Le sulfonal 0,5 à 1 gramme le soir. Si l'excitation est grande, on pourra recourir à l'hyoscine que je n'ai pas employée dans ces cas, mais que j'ai parfois trouvée utile dans d'autres circonstances analogues, à la dose de 0,25 à 0,5 milli-

grammes en injections sous-cutanées (Pr. 0,01 hyoscine pour 10,0 grammes eau distillée). L'hyoscine n'est cependant pas un médicament inoffensif. Le D^r Séglas a observé un collapsus après une injection d'un demi-milligramme (1). D'autres auteurs ont trouvé son action variable, incertaine et même nuisible. Le D^r Lemoine (2), dans une récente série d'expériences sur soixante-deux malades agités, atteints d'insomnie, a cependant obtenu des résultats plus encourageants, de sorte que l'hyoscine reste une ressource utile pour les cas opiniâtres.

S'il existe de la sitiophobie, il faudra d'autant moins attendre pour pratiquer l'alimentation artificielle, au moyen de la sonde, que les malades sont plus épuisés et plus émaciés par les causes débilitantes qui ont précédé, accompagné ou suivi l'accès d'influenza (3).

(1) *Congrès international de médecine mentale*. Paris, 1889.

(2) *Gazette médicale*, 1889, n° 36.

(3) A côté des cas de suicide cités plus haut, il faut placer le suivant, qui vient de m'être communiqué par M. le D^r Maunoir : « M. X..., étudiant en médecine, Bulgare, âgé de vingt-six ans, cérébral, ayant déjà antérieurement présenté des idées dépressives peu prononcées. Influenza assez forte en janvier. Affaiblissement général suivi d'un état lypémanique avec idées de suicide. Le malade disait à ses amis qu'il préférerait la section des carotides à tout autre mode de suicide. Très gai pendant les quelques jours qui précéderent sa mort. La veille, il passa la soirée avec ses camarades, était très en train, et leur emprunta même des livres pour travailler. Le lendemain, il se coupait la gorge. »

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RAPPORTS DU DÉLIRE
AVEC LES HALLUCINATIONS

Par le Dr PH. CHASLIN
Médecin-suppléant de l'hospice de Bicêtre.

Je n'ai pas ici la prétention d'aborder une étude générale des hallucinations et du délire. Ce travail est strictement limité dans son sujet.

Il a pour but d'essayer de répondre aux questions suivantes, dont on me paraît s'être peu préoccupé jusqu'à présent :

Pourquoi, dans le délire de persécution type Lasègue-Falret, y a-t-il toujours des hallucinations de l'ouïe et pas (ou rarement) de la vue ?

Pourquoi, chez les persécutés persécuteurs, raisonnants, n'y a-t-il pas d'hallucinations ?

Pourquoi dans le délire religieux idiopathique y a-t-il toujours, entre autres, des hallucinations de la vue ?

Les réponses à ces questions seront faites, non pas sous la forme physiologique, mais bien sous la forme *psychologique*.

Tout phénomène mental a deux faces, suivant l'expression de Bain ; et une explication des faits qui se produisent dans l'esprit peut être présentée sous ses deux formes. La tendance générale des sciences est de ramener tout au mouvement, c'est-à-dire à une chose vue. Les explications des phénomènes mentaux, pour être

scientifiques ou tout au moins suivre les tendances scientifiques, devraient pouvoir être présentées en partie par le côté visible, c'est-à-dire physiologique. Ce sont, en effet, les phénomènes nerveux qui sont la véritable cause des faits de l'esprit. C'est en cherchant les conditions de leur production que l'on trouvera celles de la production des phénomènes psychologiques. C'est le corps qui fait l'esprit; l'esprit n'a sur lui-même aucune influence. J'adopte ainsi une doctrine toute contraire à la théorie métaphysique des idées-forces (*V. in Revue philosophique* des années dernières, *les idées-forces*, par M. Fouillée). Mais si je crois que le côté physiologique doit avoir un rôle prépondérant, je crois aussi qu'il faut dans tout phénomène mental rechercher les deux faces, quand on le peut, sous peine d'être incomplet et insuffisant. Malheureusement, nous ne sommes pas assez avancés pour le moment, et il faut se contenter, la plupart du temps, d'une explication unilatérale fournie par la psychologie, telle que les travaux des Anglais et de la nouvelle école française ont fini par l'établir. Il s'agit donc ici de chercher dans la nature psychologique de l'idée délirante la raison d'être, la condition de l'hallucination.

Je n'ai pas besoin de définir ni le délire, ni l'hallucination. Quant au siège de ce dernier phénomène, j'accepte la théorie de Tamburini (1), dans laquelle les hallucinations sont attribuées à l'excitation de certaines parties de l'écorce grise du cerveau. Les derniers travaux sur les localisations psycho-motrices et psycho-sensorielles, les expériences sur les hystériques (2) montrent clairement que tous les phénomènes mentaux conscients

(1) Voir Tamburini, *La théorie des hallucinations*, *Revue scientifique*, 29 janvier 1888, et *Les hallucinations motrices*, *id.*, 10 mai 1890.

(2) Binet et Féré, *Le magnétisme animal*, 1887 ; — Binet, *La*

se passent dans l'écorce. Depuis longtemps déjà, Parchappe avait démontré que la couche corticale du cerveau doit être considérée comme l'aboutissant des impressions sensibles et comme le point de départ des impulsions motrices volontaires (1). Comme le dit Binet : « Qu'on ait la sensation du rouge, ou qu'on ait le souvenir du rouge, ou qu'on voie le rouge dans une hallucination, c'est toujours la même cellule qui vibre. » M. Binet a pleinement démontré expérimentalement ce que Herbert Spencer et Bain avaient simplement considéré comme vraisemblable (2), et ce que Parchappe avait établi par des considérations tirées de la pathologie.

Nous savons aussi que l'hallucination, dans l'aliénation, est un phénomène physiologique produit par des causes pathologiques. « La représentation dans la conscience, dit Peisse (3), d'une chose figurée et colorée est toujours au sens propre et direct une perception

psychologie du raisonnement, 1886 ; — Féré, *Sensation et mouvement*, 1887 ; — P. Janet, *L'automatisme psychologique*, 1889.

(1) Parchappe, *Instruction pour le peuple. Anatomie et physiologie de l'homme*, 1847, p. 768. V. aussi Parchappe, *Du siège commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme* (preuve pathologique), 1856.

(2) Je ne refais pas ici l'historique complet de l'hallucination ; je me borne à citer les travaux les plus importants : Baillarger, *Des hallucinations, mém. de l'Ac. de médecine*, t. XII, 1846, p. 273 ; — Michéa, *Des hallucinations*, même indication, p. 241 ; — Leuret, *Fragments psychologiques sur la folie*, 1834 ; — Lélut, *Du démon de Socrate*, 1836, 2^e éd., 1856 ; *L'Amulette de Pascal*, 1846 ; — Moreau (de Tours), *Du hachisch et de l'aliénation mentale*, 1845 ; *La Psychologie morbide*, 1859 ; — J.-P. Falret, *Des maladies mentales*, 1864 ; — Macario, *Des hallucinations*, *Ann. médico-psych.*, 1845, t. VI et VII ; — Brierre de Boismont, *Des hallucinations*, 2^e éd., 1852 ; — Lasègue, voyez ses articles réunis : *Etudes médicales*, 1884 ; — Griesinger, *Traité des maladies mentales*, trad. franc., 1865 ; — Taine, *De l'intelligence*, 4^e éd., 1883 ; — Maury, *Le sommeil et les rêves*, 4^e éd., 1878 ; — Binet, *Psychologie du raisonnement*, 1886 ; — Féré, *Sensation et mouvement*, 1887 ; — *Discussion sur les hallucinations à la Société médico-psychologique* en 1855 et 1856.

(3) Peisse, *Ann. méd.-psych.*, 1855, t. I, III^e s., p. 514 et seq.

de la vue, un acte de vision. » Peisse admettait, en outre, ce qui me paraît douteux, que le sens lui-même était tout entier en jeu; il est plus probable qu'il ne l'est pas, et que le centre cortical seul fonctionne en outre des muscles appartenant directement au sens. Mais cet auteur a bien fait voir que l'hallucination, en soi, n'est pas un phénomène pathologique; ce sont les conditions de sa production qui sont pathologiques. C'est Taine qui a le plus contribué à répandre cette opinion. « On peut définir, dit-il (1), notre état d'esprit pendant la veille et la santé comme une série d'hallucinations qui n'aboutissent pas. » Et plus loin (p. 31): « Ainsi l'hallucination, qui semble une monstruosité, est la trame même de notre vie mentale considérée par rapport aux choses; tantôt elle leur correspond, et dans ce cas, elle constitue la perception extérieure normale; tantôt elle ne leur correspond pas et dans ce cas, qui est celui du rêve, du somnambulisme, de l'hypnotisme et de la maladie, elle constitue la perception extérieure ou hallucination proprement dite. » Ainsi, quand il y a hallucination, l'idée, comme le dit Lélut (2), retourne à son point de départ; c'est ce qu'il appelait la transformation sensoriale de l'idée.

L'idée délirante, comme l'hallucination, est un phénomène physiologique en soi que les conditions pathologiques font naître. La genèse spéciale empêche l'idée de correspondre à la réalité des choses. Il est bien vrai que l'aliéné qui est halluciné ou qui délire est un homme qui se trompe; mais cette erreur est causée par une modification certainement organique, aussi ne peut-elle

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 25.

(2) « La transformation des idées en sensation a lieu d'une manière directe et dans la rigoureuse acception du mot; c'est le cas des idées visuelles et aussi des idées auditives. » Lélut, *L'Amulette de Pascal*, 1846, p. 40.

malheureusement être exclusivement justifiable du traitement moral, comme le croyait Leuret. La modification organique qui se traduit par l'hallucination et le délire nous est inconnue. Pour la trouver, il faudra s'appuyer sur les récentes tentatives de Cotard qui, par la voie psychologique, a tenté, dans une série de communications si remarquables, d'expliquer la naissance des idées délirantes (1).

Moreau (de Tours) disait que l'excitation était le point de départ de la folie, mais c'est une explication insuffisante. Elle n'est guère qu'une constatation de ce qui se passe dans les délires toxiques, essentiellement sensoriels ; pour les formes qui nous occupent ici, nous ne savons rien de la modification du fonctionnement cérébral.

Chercher une explication psychologique des rapports du délire avec les hallucinations, c'est, comme le dit Stuart Mill de toute explication psychologique, faire une application de la loi générale de l'association par ressemblance et par contiguïté. Il nous semble que dans certains cas, comme ceux que j'ai l'intention de traiter, l'explication ira en quelque sorte plus loin, car je m'efforcerai de montrer qu'au début du délire de persécution, l'hallucination de l'ouïe et l'idée délirante constituent le même phénomène à des degrés d'intensité différents. Cette tentative de notre part n'est qu'une application des travaux de Lélat, que l'on trouve résumés au commencement de son « Amulette de Pascal. » Ce livre remarquable contient en germe tout ce que l'on peut dire sur les hallucinations.

On pouvait *a priori*, étant donné qu'il s'agit d'une

(1) Cotard, *De l'origine psycho-sensorielle ou psycho-motrice du délire*, lecture à la Soc. méd.-psychol., 28 mars 1887 ; *Le délire d'énormité*, Soc. méd.-psychol., 26 mars 1888 ; — *De l'origine psycho-motrice du délire*, comm. au Congrès internat. de méd. mentale, 6 août 1889 ; — Art. *Hypocondrie*, Dict. encyclop. des sc. méd.

forme de délire systématisé, penser que le sens qui présente des hallucinations prédominantes est déterminé par la nature même des représentations mentales qui constitue l'idée délirante. Une idée délirante ou non est un groupe d'images visuelles, auditives, motrices, etc. L'idée, quelque abstraite qu'elle soit, contient, outre le mot, toujours une image obscure, mais qui peut devenir nette dans certaines conditions. Je sais bien que Taine attache une extrême importance au mot dans la représentation de l'idée abstraite ou générale; néanmoins pour que l'idée abstraite soit *comprise* par nous, il faut en plus du mot qu'il y ait une image ou qu'elle soit toute prête à apparaître dans la conscience; cela est d'autant plus vrai que, comme le fait très bien voir Harald Höffding (1), il n'y a pour ainsi dire que des idées générales; et nous savons par expérience que la plus grande partie de nos idées est représentée dans notre esprit par autre chose que des mots. Notre idée d'un objet en particulier n'est que la résultante de toutes les idées que nous a fournies l'objet dans chaque circonstance où nous l'avons vu. Cette idée résultante (2) (outre le mot) n'est pas une idée formée passivement dans notre esprit, car elle est représentée par le côté que nous avons chaque fois remarqué dans l'objet quand nous l'avons considéré à des intervalles différents. Ce côté particulier, c'est l'*attention* qui l'a fixé dans notre esprit (3). L'attention n'est pas autre chose

(1) Harald Höffding. — *Psychologie in Umrissen auf Grundlage der Erfahrung*, trad. allemande de l'original danois par Bendixen. — Leipzig, 1887, p. 204 et suivantes.

(2) Voyez Binet. *Loco citato*, p. 95 et seq. sur la fusion des images.

(3) « Allgemeine und typische Vorstellungen existieren deshalb in dem Sinne, dass wir im Stande sind, die Aufmerksamkeit auf gewisse Elemente der Individualvorstellung zu concentrieren, so dass auf die andern Elemente ein schwächeres Licht fällt. » (Höffding, p. 211.)

qu'un acte (1) pour lequel le côté émotionnel de notre être entre en jeu.

Nous voyons donc que dans toute idée même abstraite ou générale il y a plus que la tendance à prononcer un mot ; à plus forte raison, quand il s'agit d'une idée représentant un phénomène.

Ceci posé, voyons comment on pourrait expliquer que dans le délire des persécutions, type Lasègue-Falret, il y a des hallucinations de l'ouïe et pas d'hallucinations de la vue. « Ainsi, dit Lasègue (2), non seulement l'aliéné persécuté est incapable de créer des hallucinations visuelles, il ne se sert même pas de la vue dans la mesure légitime et raisonnable. »

Le professeur Ball (3) cherche à expliquer ce fait : « Il ne faut point s'en étonner (que l'hallucination de l'ouïe prédomine) ; le sens de l'ouïe est le plus intellectuel de tous, le plus directement en rapport avec les conceptions de l'esprit et c'est à lui seul que nous devons la connaissance des idées abstraites. Aussi dans les vésanies pures, les hallucinations auditives joueront-elles le premier rôle, tandis que dans les délires toxiques, ainsi que dans ceux qui se rattachent plus directement aux lésions somatiques, on voit prédominer d'autres troubles sensoriels. » J.-P. Falret (4) avait dit que la fréquence de l'hallucination de l'ouïe dans la folie, tenait à la liaison étroite entre la pensée et son expression par la parole. « On conçoit, en effet, que vivement préoccupé de ses idées, le malade les formule dans sa tête par des paroles. » Ces explications visent le cas où l'idée délirante serait une idée abstraite ; où le mot jouerait

(1) V. Ribot. *Psychologie de l'attention*, 1889. — Bain. *Les émotions et la volonté*, trad. franç., 1885; *Les sens et l'intelligence*, trad. franç., 1874.

(2) *Études médicales*, t. I, p. 555.

(3) *Du délire des persécutions*. Paris, 1890, p. 11.

(4) *Loc. cit.*, p. 255.

comme *signe* un rôle prédominant. Mais chez le persécuté l'idée délirante n'est pas si abstraite qu'elle paraît : le mot persécution, on la phrase *on me persécute* ne représente que l'ensemble des persécutions subies par le malade. C'en est l'*expression* extérieure. Le malade aura beau *se prononcer* à lui-même : on me persécute, cela pourrait aboutir tout au plus à ce que le malade répétait involontairement : on me persécute ; il me paraît difficile d'en faire sortir l'hallucination de l'ouïe « cochon, vache, p..... », véritable persécution concrète. Krafft-Ebing (1) semble dire à propos de la paranoïa que le délire et l'hallucination naissent ensemble. Je crois que, dans le cas de délire de persécution, type Lasègue-Falret, l'idée délirante primitive (primordial-délirien) est la première en date ; cette idée n'est pas une idée abstraite ; c'est un *fait* qu'elle représente dans l'esprit du malade persécuté, et ce par l'intermédiaire d'images surtout auditives et non pas par des images visuelles. Ce sont ces images auditives qui, ultérieurement, en se développant, deviennent des hallucinations.

Le mécanisme organique mystérieux qui fait apparaître les idées délirantes, ne fait pas apparaître suivant nous, je le répète, cette idée sous la forme abstraite exprimée par le mot, on me persécute (elle serait incompréhensible pour le malade), mais bien sous la forme d'idées de faits : ces faits sont des *mots entendus* : je veux dire que le malade *s' imagine* que des mots ont été prononcés. Au début de sa maladie, il ne les a pas entendus encore ; il croit qu'ils ont été prononcés et il se les représente dans son centre auditif. C'est là la véritable idée délirante, c'est cette idée auditive qui est le point de départ de tout le reste (2).

(1) Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie*, 3^e éd. 1888.

(2) Comment cette idée auditive apparaît-elle dans l'esprit du malade, nous n'en savons rien. Tout ce que nous savons, c'est ce

En effet, après une période d'inquiétude, inquiétude toute intellectuelle bien entendu, probablement assez analogue à celle qu'éprouve le chercheur d'un problème chez lequel le travail cérébral inconscient s'accompagne d'un sourd malaise, les malades commencent à accuser tout le monde de leur en vouloir, de chercher à leur faire du mal ou de leur faire du tort. « Tout ce qu'ils entendent, tout ce qu'ils voient s'adresse à eux; ils s'imaginent qu'on les regarde, qu'on se moque d'eux, qu'on les tourne en ridicule dans les rues, qu'on parle d'eux et qu'on les interpelle à distance. Ils s'attribuent toutes les paroles qu'on prononce autour d'eux, dans les rues, dans leur entourage, dans les boutiques, dans les magasins; ils croient qu'on parle mal d'eux, qu'on les insulte. En un mot, ils interprètent contre eux-mêmes tous les faits, même les plus simples et les plus insignifiants qui se passent dans le monde extérieur. »

Ces mots : « Ils s'imaginent... qu'on parle d'eux et qu'on les interpelle à distance...; ils croient qu'on

que M. J. Falret (*Leçons inédites et communications à la Soc. méd.-psych.*) nous a appris sur l'évolution du caractère de l'aliéné. Cet éminent auteur croit en effet que le délire des persécutions est dû à une transformation du caractère, contrairement à ce qu'avancait Lasègue. Cette manière de voir rentre dans la théorie de la paranoïa (V. Séglas, *La Paranoïa. Arch. de neurologie*, nos 37, 38 et 39) ou délire systématisé primitif qui nous revient d'Allemagne et d'Italie. Comme à l'ordinaire, c'est une invention française oubliée : on en trouve les germes dans un ouvrage qu'on ne saurait trop relire, les *Fragments psychologiques sur la folie*, de Leuret (*Les Arrangeurs*); et J. P. Falret (*loc. citato*, p. 192) dit : « Les idées qui apparaissent dans l'esprit... sont le plus souvent le produit direct de ce sol maladif qui n'exige même pas l'intervention d'une cause occasionnelle pour revêtir une forme déterminée. Il est en effet, dans la nature de l'homme que les dispositions vagues de la sensibilité et de l'intelligence éprouvent le besoin de se formuler nettement, de s'incarner en quelque sorte dans un sentiment ou une idée qui en soit la représentation plus ou moins exacte. » Les auteurs étrangers décrivent fort mal d'ailleurs le délire de persécution; nous empruntons tous les éléments de notre discussion au remarquable article de M. Ritti (*Art. Persécution [délire de]*, *Dict. encyclop.*).

parlé mal d'eux, qu'on les insulte », ces mots indiquent évidemment que pour le malade il y a eu des phrases injurieuses ou insultantes qui ont été prononcées ; il ne les a pas entendues, mais il sait qu'elles l'ont été ; il se les imagine et il sait ce que l'on a dit, puisque c'est du mal que l'on a dit sur son compte. Je le demande : y a-t-il là autre chose que des mots ou *des idées auditives verbales*, si l'on aime mieux, dans l'esprit du malade ? De plus, cette expression du persécuté racontant qu'il a vu par exemple un torchon pendu à une fenêtre voisine et que certainement cela *voulait dire quelque chose*, que cela avait une signification, indique bien aussi que même les faits les plus insignifiants sont interprétés par celui-ci dans le sens de ses conceptions ; et il ne comprend ce geste ou cet acte qu'il a vu qu'en le rapportant à ses idées auditives. Ces faits ne servent qu'à réveiller l'image des paroles qu'il croit avoir été prononcées et qui les explique. Ainsi non seulement ce qu'il croit qu'il aurait pu entendre, mais encore ce qu'il voit (1) est représenté dans son esprit par des images auditives de paroles. C'est là le point essentiel de notre discussion. La base indispensable qui permettra aux hallucinations, *état fort*, de se développer, est l'existence préalable de l'*état faible* : ce sont ces mêmes paroles *imaginées* qui deviendront, peu à peu, les hallucinations sous l'influence du développement organique de la maladie. Ainsi en un mot, l'idée de persécution, dans la forme que nous étudions, est une *idée auditive*. Mais en outre, il faut deux autres conditions pour que ce développement puisse s'effectuer (2) ; ces deux

(1) On a appelé à tort ce phénomène une illusion : c'est une interprétation délirante.

(2) Il vaudrait mieux dire évidemment qu'il y a deux phénomènes psychologiques que l'on peut constater avant le développement de l'hallucination, pour bien marquer, comme je l'ai déjà

conditions dont l'importance est capitale sont *la croyance et l'attention*. Nous y reviendrons plus bas.

Il faut aussi remarquer un point bien intéressant, c'est l'universalité des persécuteurs de l'aliéné ; ce ne sont pas tels ou tels gens en particulier qui lui en veulent ; ce sont successivement ou en même temps tout ceux qu'il rencontre ou avec qui il se trouve en contact, comme les voisins, les concierges ou les membres de sa famille. Les personnes lui sont indifférentes, c'est ce qu'elles pensent qui lui importe. Or, comme ce qu'elles pensent est toujours la même chose (la même idée auditive), il s'ensuit que c'est cette persécution qui préoccupe le malade et non pas la personne de ses persécuteurs. Peu lui importe la personne qu'il croit avoir prononcé un mot injurieux : c'est ce mot seul qu'il retient, c'est sur lui seul qu'il concentre son attention, c'est lui seul qui représente la persécution dans son esprit. C'est par lui seul qu'il comprend et interprète les gestes ou les actes qu'il voit se produire devant lui.

Il n'y a pas d'aliéné qui soit plus facile sur la valeur de la preuve (Lasègne) : il croit avec la *certitude* la plus absolue aux persécutions dont il est l'objet. C'est une question de fait pour lui qu'il est persécuté ; il le sait, il en est sûr. Aussi n'a-t-il pas besoin d'en chercher la démonstration, l'explication ; la certitude même fait partie de son délire ; son état d'esprit est celui que l'on désigne en psychologie sous le nom de *croyance*. Il est extrêmement important de voir les conséquences de cet état d'esprit. Cet état, comme le dit Bain (1), a

dit plus haut, que ce ne sont pas les phénomènes psychologiques qui sont les causes, mais seulement les signes des causes qu'il faut chercher dans le domaine organique. C'est aux physiologistes et aux psycho-physiciens à trouver ces causes véritables, s'ils le peuvent.

(1) Bain. — *Les émotions et la volonté*, traduction française, 1885, p. 489.

pour base et criterium suprême l'acte : cet acte est double. Lasègue, J. Falret, Foville ont montré que déjà à cette période le malade peut réagir sous différentes formes et commettre un acte de violence ; mais la croyance à la réalité de la persécution fait aussi que le malade y fait grande *attention*, par suite de l'intérêt qu'il porte à une question aussi importante pour lui ; aussi creuse-t-il ses idées, les rumine-t-il sans cesse et arrive-t-il peu à peu, en vertu de cette croyance et de cet intérêt pathologiques, à constituer complètement son délire, et c'est alors, comme il le dit, qu'il *comprend* certains faits dont la signification lui avait échappé. Ainsi Lasègue avait remarqué que souvent des faits très anciens servent au malade de preuves : celui-ci n'a pas oublié tel mot, tel geste qu'il a surpris il y a un an ou plus ; il les fait rentrer dans son délire. Ces interprétations délirantes s'étendent donc : tout ce qui se passe constitue une sorte de langage par lequel le malade connaît les desseins de persécution des personnes qu'il rencontre. « Le malade entend des lambeaux de conversations qu'il interprète et qu'il s'applique, les gens avec lesquels il est en contact ont dû parler de lui ; les bruits mêmes qui se produisent le plus naturellement, le passage d'une voiture, le pas d'un homme qui monte un escalier, une porte qui s'ouvre ou qui se ferme sont l'objet de ses commentaires. »

Ainsi, ce sont toujours des sensations ou des idées qui forment leur représentation dans le centre auditif et plus particulièrement verbal qui occupent le malade, même quand il s'agit d'actes vus, comme nous l'avons expliqué plus haut. Enfin, il commence à y avoir des illusions proprement dites. J. P. Falret (1), après avoir dit que quelquefois, dans une conversa-

(1) *Loc. cit.*, p. 224.

tion, on croit entendre des paroles qui n'ont pas été prononcées, ajoute : « Cette audition est-elle due à quelques consonances particulières, à quelques fausses interprétations, ou bien a-t-on cru entendre sortir de la bouche de son interlocuteur *des paroles qui n'étaient que l'expression de sa propre pensée?* » C'est bien là l'illusion du persécuté. Dans ce cas, comme l'explique très bien Taine, une image ne devient sensation que par suite de l'ébranlement communiqué au centre par la production d'une sensation physiologique très voisine comme nature et comme siège probablement. Bientôt cette transformation peut se produire d'elle-même sans le concours de cet excitant physiologique, c'est l'hallucination proprement dite. Depuis très longtemps on avait dit d'une façon très générale, que l'hallucination était ordinairement en rapport avec les préoccupations du malade ; c'est à cette conclusion générale et un peu vague que l'on s'était borné. Nous croyons que l'on peut dire quelque chose de plus pour certains cas : à savoir, comme le disait Lélut, que l'hallucination est l'idée délirante elle-même devenue sensation.

Le mécanisme organique nous échappe, mais c'est un fait dont nous ne pouvons chercher que les conditions psychologiques. Ces conditions se trouvent résumées dans l'état de croyance que nous avons signalé plus haut.

Cette croyance fait que le malade porte sans cesse son attention sur son idée et en écarte par cela même toutes les *idées intermédiaires* (Pariset) ou, comme le dit Taine, les réducteurs antagonistes. — On voit que nous sommes un peu opposé aux idées de Baillarger qui croit que c'est à tort qu'on a regardé l'hallucination comme le plus haut degré de la méditation et pour ainsi dire comme le couronnement de l'idée fixe. (Brierre de Boismont avait admis ce mécanisme pour un certain

nombre de cas) (1). Cela tient à ce que M. Baillarger considère que l'état d'*hallucination* se rapproche beaucoup du rêve. Les conditions qu'il assigne à la production de cet état se retrouvent réunies dans le délire alcoolique. Celui-ci est bien caractérisé par « l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et par la suspension plus ou moins complète des impressions externes ». Pour la plupart des auteurs, la croyance à la réalité de l'*hallucination* tient à la vivacité de l'image, à la diminution d'activité des sens et au défaut de contrôle de la réflexion et des autres facultés. Nous croyons avoir, en outre, montré que dans d'autres cas la croyance précède l'*hallucination* et que l'*effort intellectuel* n'est pas absolument étranger à sa production. Nous trouvons d'ailleurs, dans le mémoire de M. Baillarger, à la page 411, une observation où l'on peut lire une lettre bien curieuse du malade ; celui-ci qui croyait converser à distance par la pensée avec des amis, dit : « Peu à peu l'oreille s'habitue à ce son de voix affaibli et on finit, toujours avec l'attention nécessaire, par entendre. Mais je crois, Monsieur, qu'il faut, lorsqu'on est doué de la faculté *veillambulique*, pour en tirer le plus grand parti, il faut, dis-je, trois conditions indispensables qui sont : la *confiance* ou la foi.... il faut en second lieu une forte *volonté* d'entendre.... enfin, il faut y porter toute l'*attention* dont on est susceptible. » Je sais bien que ce malade était flatté de l'existence de ses hallucinations, tandis que le persécuté en est profondément vexé et le dissimule le plus qu'il peut ; cela n'empêche pas qu'il y croie, qu'il y porte un intérêt énorme puisqu'il s'agit d'une question vitale pour lui ; si l'on ne peut pas dire absolument qu'il veuille avoir ces halluci-

(1) Brierre de Boismont. *Des hallucinations*, 2^e édit. 1852, p. 576 et suivantes.

nations, il met à leur service son activité mentale et les ressources de son imagination pathologiquement déviée.

— Nous avons vu plus haut que les persécuteurs du malade, non seulement parlent mal de lui, mais encore que leurs gestes lui font comprendre leurs sentiments à son égard. Ces gestes travestis par l'interprétation délirante ne sont pas le point de départ d'hallucination visuelle, par la raison que ces gestes ne font que réveiller les idées auditives, seul fondement du délire. Et puis, ces gestes, ces actes vus par le malade sont des choses vagues, multiples, changeantes, comme le « ou », tandis que le mot entendu ou non est précis et unique pour ainsi dire. Ces choses vues n'ont par elles-mêmes aucune vertu, tandis que le mot en a une. Le malade méditera, non pas sur la chose vue, mais sur l'intention cachée et celle-ci lui est représentée par un mot. Je ferai observer, de plus, que l'hallucination de la vue, pour se produire, semble exiger des conditions physiologiques spéciales comme dans l'état de rêve ou de délire alcoolique ou de délire religieux, comme nous le verrons plus bas. En outre, le fait est que les conditions psychologiques du persécuté sont telles qu'il « ne se sert même pas de la vue dans la mesure légitime », car les personnes elles-mêmes lui sont indifférentes (du moins au début) : il ne tient pas à les voir, il ne cherche pas à les voir. Et puis, l'hallucination de la vue comme celle, par exemple, de l'alcoolique, constituerait un phénomène trop grossier, incompatible avec l'intelligence suffisante du malade. Il n'y a pas d'absurdité à ce que l'on entende des gens qui vous en veulent, parler mal de vous dans la chambre voisine ; il y en aurait plus à les voir apparaître par la cheminée. Le malade, à cette période, est encore trop intelligent ; et remarquons encore une fois que tandis que c'est à peu près toujours les mêmes mots qu'il

entend, c'est une infinité de personnes qui les prononcent. Il n'y a donc pas une même concentration du côté du sens de la vue que du côté du sens de l'ouïe, et ce qui le prouve, c'est que, à une période avancée, quand le malade a des phénomènes visuels subjectifs, il n'en est pas dupe dans un sens : il ne croit pas à leur réalité bien qu'il les rapporte à son idée délirante.

Eufin, voici une dernière preuve que nous avons gardée pour la fin comme la plus forte, que tout se passe au début dans le centre de l'ouïe et plus particulièrement dans le centre des mots entendus : lorsque l'aliéné voyage en pays étranger, tant qu'il ne sait pas la langue du pays où il se trouve, *il n'est plus persécuté*. Du jour où il commence à la parler et à penser par son aide, les persécutions se reproduisent et ce dans le nouveau langage.

Nous ne poursuivrons pas plus loin l'étude du délire des persécutions ; nous avons fini la tâche que nous nous proposons en commençant : nous croyons avoir montré que dans le déliretype Lasègue-Falret (il y en a d'autres, mais c'est de lui seul que nous avons voulu parler), il y a des hallucinations de l'ouïe, parce que *au début* l'idée de persécution est seulement une idée auditive et il n'y a pas (ou peu) d'hallucinations de la vue, parce que ce sens est inactif dans la formation des idées de persécution et ce jusqu'à la fin.

Il y a, comme l'avait remarqué Lasègue, des délires de persécution qui sont simplement constitués par des interprétations délirantes ; alors il n'y a pas d'hallucination. Il y a aussi des cas où le délire de persécution est représenté dans l'esprit du malade par une idée différente en nature de celle du délire ordinaire, car il n'y a pas *une* idée de persécution, mais probablement plusieurs ; il faudrait en faire l'étude et nous croyons probable que, en suivant la marche que nous avons

suivie, on arriverait à trouver la raison psychologique de l'absence ou de la présence de l'hallucination. D'autres formes, au contraire, semblent être comme produites par un arrêt dans l'évolution du délire de Lasègue. Il n'y a rien là qui doive nous étonner au point de vue pathologique ni psychologique.

Considérons maintenant le délire du persécuté persécuteur, décrit en France par Taguet (1), J. Falret (2); et en Allemagne, entre autres, sous le nom de *Querulantenwahnsinn*, par Krafft-Ebing (3). Cet auteur a fait remarquer que le fonds de ce délire était un orgueil pathologique et une fausse idée, ou plutôt un sentiment du droit et de la justice faussement appliqué (4).

Le malade révèle ordinairement ses tendances jusqu'alors latentes à l'occasion d'un procès manqué ou d'un fait réel de dommage subi par lui, de telle sorte qu'il se considère comme lésé dans ses droits ou comme entravé dans ses légitimes revendications. Très souvent aussi, cette idée exagérée et fausse qu'il se fait de la justice et de sa propre importance, le porte à prendre la défense de personnes qu'il croit opprimées. Le persécuté persécuteur est un persécuteur bien plutôt qu'un persécuté; c'est un redresseur de torts, un justicier (5).

Le début de la maladie, on pourrait dire qu'il est in-

(1) *Annales méd.-psychol.*, 5^e s., T. XV., 1876, p. 5.

(2) Voir Pottier. *Étude sur les aliénés persécuteurs*, th. Paris 1886.

(3) Résumé des idées de Krafft-Ebing dans son *Lehrbuch der Psychiatrie*. 3^e éd. 1888; p. 458.

(4) Voir à propos du sentiment de justice la description de H. Spencer. *On justice, in the nineteenth century* 1890; n^o 157, p. 435, et 158, p. 608.

(5) « M. X..... s'est constitué le chevalier errant, le protecteur des aliénés; on le trouve partout où il est question de malades et de maladies. » Taguet, *loco citato*, p. 11. — Buchner (*Friedrich's Blatt*, 1870, p. 263) signalait déjà la formation par un groupe de persécutés d'une société des opprimés « Verein der Unterdrückten. » Il existe de même à Paris de ces sociétés.

verse de celui du persécuté. Le malade a été réellement lésé, réellement ou dans son imagination ; mais son orgueil et sa façon pathologique de comprendre le droit et la justice le font attaquer immédiatement la personne qui lui a nuï. Il ne croit pas qu'on parle mal de lui, qu'on l'insulte dans la rue, qu'on veuille lui faire du mal. Ce ne sont pas des expressions de ce genre qu'il emploie, générales dans la forme, précises dans le fond et que nous avons vu contenir l'idée auditive de persécution du persécuté. Il y a un fait vrai au début de ses revendications. Loin d'être indifférent aux personnes qui lui ont nuï, au contraire il les recherche pour les punir ou les faire punir par les tribunaux. Ce qu'il y a dans son esprit, ce n'est pas un mot injurieux ou révélant le désir de lui nuire, c'est le sentiment d'une injustice commise, d'une attaque injustifiable, fondé sur un sentiment d'orgueil pathologique. « Je demande justice », tel est le motif ordinaire sur lequel le malade exécute les variations les plus prolixes dans ses écrits d'une longueur et d'une complication désespérantes. Souvent aussi, par la même exagération de son importance, tout ce qui l'attaque attaque la société tout entière ; ou une partie de la société a été lésée comme lui par ses ennemis, et c'est alors que des idées politiques ou religieuses sont mêlées par lui et confondues avec sa cause. Les malades de ce genre sont nombreux et on peut les diviser en espèces différentes. Nous nous bornons ici pour les besoins de notre cause aux caractères généraux.

L'état d'esprit du persécuteur est autre que celui du persécuté ; ce dernier est bien un orgueilleux et un autophile (Ball), mais il n'atteint pas, au moins tant qu'il n'est pas arrivé au délire de grandeur, à ce degré d'insolence, d'ironie et de malveillance que présentent ces justiciers et ces redresseurs de torts, sans cesse agressifs et moqueurs, sans cesse en mouvement physique et

mental (1). Ils ont une intégrité d'intelligence supérieure à celle du persécuté (quoiqu'il y ait toujours un côté faible pour le médecin qui sait observer).

Le persécuteur réagit sans cesse et de toute les manières, dès le début de sa maladie ; il est dans un état d'excitation continuelle, surtout lorsqu'il est interné. Il a d'abord poursuivi sans relâche ses ennemis ; et enfin, lorsqu'il est à l'asile, il trouve au dehors et même au dedans des amis pour le défendre, car comme le dit Leuret (*Fragments psychologiques*, p. 48-49) : « L'arrangeur est bien plus adroit : d'abord il n'a pas nécessairement ce qu'on appelle une idée folle, son idée, si elle n'est pas vraie, est au moins spécieuse et il l'appuie sur des raisonnements. Il ne demande pas à être cru sur parole, il s'explique volontiers et souvent d'une manière très juste. On a fort à faire avec un pareil interlocuteur, et dans la discussion, il n'est pas rare que l'avantage reste au malade plutôt qu'au médecin. »

Par ce résumé incomplet et rapide, nous voyons clairement que le persécuté persécuteur diffère totalement du persécuté à hallucinations de l'ouïe : il n'y a pas de concentration sur des idées délirantes ou sur des hallucinations, mais il y a un sentiment pathologique de justice et d'orgueil qui est le fond de la maladie. L'importance exagérée qu'il s'attribue et son faux sentiment de l'éthique lui font interpréter pathologique-

(1) « Sous l'influence du chagrin qui me ronge, du fiel amoncelé dans mon cœur par mes interminables luttes contre le directeur, ma prose s'est empreinte d'une amertume singulièrement âpre et d'une violence toute pleine de hardiesses, où éclate l'âme en révolte contre une société qui l'a clouée au pilori. Ma phrase au lieu d'être ronflante, comme j'ai l'habitude, j'allais presque dire le défaut de toujours la faire, est brève, courte, hachée, frappée au coin d'une sonorité métallique, froide et dure comme le tranchant de l'acier. Il semble par moment que j'ai trempé ma plume dans de l'acide prussique. » (*Un martyr dans une maison de fous, révélations historiques*, 5^e éd. Paris, Lacroix, Verboeckhoven, p. 35.)

ment ses actes et ceux des autres. On ne peut guère dire qu'il s'agisse là d'un délire intellectuel. La véritable conséquence de ces *dispositions morbides* est l'acte et non pas l'idée délirante.

L'hallucination ne peut apparaître, puisque son degré inférieur ne peut prendre naissance sur ce terrain. Le persécuté a bien une croyance pathologique dans son bon droit ; mais cet état d'esprit ne sert pas à transformer une idée sensorielle, qui n'existe pas, en hallucination, mais à consommer un acte. Le malade, sans cesse à l'affût de tout ce qui peut l'atteindre dans ses droits, ne laisse jamais passer la plus petite atteinte sans protester, le *Code à la main*. La véritable conséquence de cet état d'esprit est une série d'actes assez systématisés et non un délire systématisé.

Passons maintenant à la folie religieuse idiopathique.

Cette forme a été très étudiée par les aliénistes il y a quarante ans. Brierre de Boismont considérait les hallucinations de Luther comme les reflets colorés de sa pensée. Baillarger, dans son mémoire, dit (Mémoire sur les hallucinations, p. 317) que les hallucinations de la vue sont généralement peu fréquentes, mais qu'elles se rencontrent surtout chez les monomanes religieux. C'est l'image de la personne qui occupe notre esprit, dit-il, qui apparaît sous la forme d'hallucination (la Vierge, etc.) ; mais il ajoute que les hallucinations de la vue, comme celles de l'ouïe, *reflètent* par conséquent souvent le délire partiel. Plus loin, page 467, il dit que le point de départ des fausses perceptions sensorielles n'est pas dans les organes des sens, mais dans l'exercice intellectuel, car les hallucinations reflètent, pour ainsi dire, les idées dominantes.

« Il n'y a pas de raison, ajoute-t-il, et c'est cela qui lui fait rejeter le point de départ sensoriel, il n'y a pas de raison pour que dans la monomanie religieuse ce

soient plutôt des personnages religieux que des arbres ou des maisons qui apparaissent à l'halluciné ». On voit donc que M. Baillarger, dans ce mémoire, qui est encore actuellement ce qu'il y a de mieux fait sur le sujet, a approché de très près l'explication que nous nous proposons de donner, bien qu'il pense d'ailleurs que c'est à tort que l'on a regardé l'hallucination comme le plus haut degré de la méditation, et pour ainsi dire le couronnement de l'idée fixe. Il me semble que c'est bien dans la monomanie religieuse que l'on peut, au contraire, accepter cette interprétation.

M. Baillarger croit que l'élément psychique et l'élément sensoriel de l'hallucination sont produits par des causes distinctes. Il me paraît difficile d'admettre cette distinction dans tous les cas. Elle est bien plausible pour le délire religieux idiopathique, car, comme le fait remarquer Krafft-Ebing (1), c'est surtout à la suite de jeûnes ou de secousses déprimantes que l'hallucination et la maladie apparaissent franchement. Il est bien probable que le mécanisme organique qui préside au développement de la maladie, n'est pas du tout le même que dans le délire des persécutions; celui-ci semble plus difficile à comprendre que le délire religieux, qui paraît plus la simple exagération d'un état physiologique, quoiqu'il s'y mêle des idées de grandeur bien pathologiques. Mais nous n'avons pas à nous occuper de ce côté de la question et nous devons nous contenter de chercher, comme nous l'avons fait pour le délire de persécution, quels sont les états psychologiques qui précèdent et accompagnent l'hallucination.

Après l'analyse que nous avons faite du début du délire de persécution, il nous sera facile de montrer ici

(1) Krafft-Ebing, *die religiöse Paranoia*, loco citato, p. 463 et seq.

encore que le monomaniac religieux a des hallucinations de la vue (entre autres) parce qu'un état faible, une idée visuelle, a précédé l'hallucination; parce que la croyance à la possibilité de la vision existe antérieurement à sa formation.

Tous les religieux, tous les saints, tous les prophètes se sont toujours fait, quelle qu'ait été leur intelligence, une idée anthropomorphique de Dieu, et on ne peut s'en faire une autre, malgré les efforts de H. Spencer (*First Principles*) et de ses disciples. Les recommandations faites aux fidèles par les livres pieux, les exhortations que l'on trouve dans l'Imitation de Jésus-Christ montrent bien que tout individu religieux doit chercher à se représenter l'objet de son culte comme une personne.

Nous trouvons dans Leuret (*Fragments psychologiques*, p. 353) un passage de *l'Introduction à la vie dévote* de saint François de Sales, qui est la preuve la plus complète de ce que je viens d'avancer : « Or, pour nous mettre en la présence de Dieu, je vous propose quatre principaux moyens. Le premier gît en une vive et attentive appréhension de toute la présence de Dieu, c'est-à-dire que Dieu est en tout et partout.... Le second de penser que non seulement Dieu est *au lieu où vous êtes*, mais qu'il est très particulièrement en *votre cœur et au fond de votre esprit*... Le troisième de considérer notre Sauveur, lequel en son humanité regarde dès le ciel toutes les personnes du monde, mais particulièrement les chrétiens qui sont ses enfants et plus spécialement ceux qui sont en prière... Le quatrième de se servir de la *simple imagination*, nous *représentant le Sauveur en son humanité sacrée comme s'il était près de nous*; ainsi que nous avons accoutumé de nous représenter nos amis, et de dire : je m'imagine de voir un tel qui fait ceci et cela, *il me semble que je le vois*, ou chose semblable. (2^e p. chap. II). »

Plus loin : « Pendant l'oraison mentale, il est bon

d'user de colloques et *parler tantôt à notre Seigneur, tantôt aux anges et aux personnes représentées aux mystères, aux saints et à soi-même, à son cœur...* »

Ne voyons-nous pas là en germe à l'état faible tout ce que l'aliéné religieux nous présente à l'état fort, et n'est-ce pas bien le cas de dire avec Griesinger (*Traité des maladies mentales*, trad. franç. 1865, p. 105) et Lélut (1), que l'hallucination est la transformation complète d'une pensée en impression sensoriale extérieure? L'halluciné religieux voit Dieu, ou la Vierge, ou les Saints, ou Satan, parce qu'il les voit déjà dans son esprit, parce qu'il fait attention à ces images, parce qu'il croit qu'il lui est possible de les voir, parce qu'il veut presque les voir.

Mais l'on sait que ces hallucinations (sauf lorsque, comme pour sainte Thérèse, l'hystérie entre en jeu) sont relativement peu fréquentes durant tout le cours de la maladie, du moins les hallucinations de la vue, car les hallucinations psycho-motrices (2) qui aboutissent à l'idée délirante de possession, et les hallucinations de la sensibilité générale sont beaucoup plus durables et fréquentes. Leur genèse se trouve tout entière renfermée dans le passage du livre pieux que nous venons de citer. Je n'insiste pas. L'explication psychologique de ce fait de rareté des visions est plus difficile à donner. Peut-être pourrait-on dire : l'halluciné ne voit qu'une fois ou deux la divinité, que parce qu'il sait que c'est un miracle et que les miracles ne se renouvellent pas fréquemment.

(1) Malebranche (cité par Lélut) avait déjà dit : « De sorte que ces personnes sentent ce qu'ils ne devraient qu'imaginer et croient voir devant leurs yeux des objets, qui ne sont que dans leur imagination. »

(2) Séglas : *L'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage : les hallucinations psycho-motrices. Progrès méd.*, 1888. — *De l'antagonisme des idées délirantes, etc...* (*Ann. méd.-psych.*, 1889.)

On pourrait aussi, peut-être, dire que l'hallucination est souvent le point de départ d'actes (1) de prosélytisme ou de prophéties, on leur redonne un nouvel élan et qu'il est alors, pour ainsi dire, inutile que cette vision se reproduise, car elle suffit à la satisfaction du malade : le plus souvent, à la suite, l'aliéné est transformé en prophète et il devient plutôt actif que contemplatif.

Nous ne nous appesantirons pas sur le caractère que revêt cette hallucination. Comme on l'a dit depuis longtemps, l'association des idées explique la coïncidence d'hallucinations du tact, de la sensibilité générale, de l'odorat et de l'ouïe avec celle de la vue ; mais, comme on le sait, les visions sont ordinairement silencieuses. Le personnage sacré qui apparaît fait connaître souvent ses volontés au moyen d'une sorte de pancarte sur laquelle sont écrits quelques mots, ou encore il communique directement avec la pensée du malade (hallucinations psycho-motrices). J.-P. Falret (2) se demande pourquoi, chez les ascétiques en particulier, les visions sont muettes. Il répond que c'est parce que la vivacité saisissante de l'hallucination de la vue ne laisse pas de place à celle de l'ouïe. Cela semble être une loi générale, aussi bien dans les rêves que dans l'alcoolisme, que les visions soient muettes ; mais cependant il y a des cas où les malades entendent quelques mots ou quelques phrases courtes. Mais ne pourrait-on pas dire que c'est faute d'exercice du centre auditif ; car le malade ne croyait pas, avant d'avoir eu sa vision, entendre continuellement la parole de Dieu. Dieu se fait comprendre par les inspirations ; la pensée même du malade reflète

(1) « Il (le moi) se soustrait d'autant moins à la domination des idées que par une sorte d'exagération de leur nature, de retour à leur origine, elles revêtent de plus en plus le caractère des sensations. » Lélut. — *L'Amulette de Pascal*, p. 39 et 40.

(2) *Loc. cit.*, p. 258.

la volonté de Dieu et ceci est la source d'hallucinations psycho-motrices mais pas d'hallucinations auditives. De plus, il paraît certain, au moins dans un certain nombre de cas, que l'état d'esprit du malade se rapproche au moment de la vision de celui que M. Baillarger appelait *état d'hallucination* certainement analogue au rêve ; et l'on sait, comme nous l'avons remarqué plus haut, que généralement dans le rêve il n'y a pas d'hallucinations auditives ; car ce n'est guère que dans les hallucinations hypnagogiques que l'on entend quelques mots brefs, qui paraissent prononcés presque comme dans la réalité (Baillarger, Maury). Il faut noter aussi que souvent ces visions se présentent pendant la nuit, et enfin qu'elles semblent souvent représenter des statues de la Vierge ou de Saints porteurs de livres sacrés ouverts, ou à la base desquelles sont écrites des sentences pieuses. Quand la vision prononce quelques paroles, il s'agit là d'une hallucination par association d'idées (J.-P. Falret). Il est infiniment probable qu'il faut une disposition *physiologique* bien spéciale (à moins qu'il ne s'agisse de l'épilepsie, de l'hystérie, ou des folies toxiques) pour produire l'hallucination de la vue en dehors d'une excitation directe de l'organe ou du centre de la vue : ceci pourrait aussi expliquer la rareté relative de cette sorte d'hallucinations dans l'aliénation, car on a remarqué depuis longtemps que chez les gens sains ou soi-disant tels, en tous cas non aliénés véritables, l'hallucination de la vue est le trouble sensoriel le plus fréquent. Il faut en outre de cette excitation physiologique une idée image sur laquelle l'attention et la foi aient concentré longtemps l'esprit du malade. A l'appui de cette remarque, nous trouvons, à la page 250 de l'ouvrage de J.-P. Falret, une observation bien curieuse :

Une aliénée se sentit jeter à l'eau par une puissance

supérieure, puis elle se sentit retirer des flots par la même puissance. Elle eut alors la sensation de la lourdeur de ses vêtements par suite de l'imbibition par l'eau ; cette sensation persista jusqu'à ce qu'une cause suffisante pour la sécher, l'action du soleil, eût eu le temps d'agir ; mais ce qu'il y a de bien enrioux, c'est que la malade avait beau opérer la torsion de ses vêtements pour en exprimer l'eau, elle n'en a pas vu sortir. La vue n'était pas devenue complice de l'hallucination du tact.

Nous croyons par tout ce qui précède avoir montré que, dans certaines formes d'aliénation, il ne peut y avoir d'hallucination, du moins au début, qu'autant que l'idée délirante antérieure à l'hallucination contient une image qui pourra à un certain moment se transformer en la sensation même. Nous avons vu de plus qu'il y avait deux conditions nécessaires : la croyance et l'attention. Toutes ces conditions se trouvent réunies à un haut degré dans le délire de persécution et dans la folie religieuse.

Chez les persécuteurs, nous n'avons pas trouvé d'idées délirantes sensorielles ; alors la croyance pousse à l'action et non pas à l'hallucination. Mais dans tous ces cas, la certitude fait partie de l'état d'esprit du genre spécial d'aliéné que nous avons étudié et que l'on peut appeler d'un nom à la mode, le paranoïaque. Dans ce genre, la certitude naît avec le délire ; elle prépare l'hallucination, quand celle-ci est possible, et elle reçoit d'elle une force nouvelle, ou bien elle pousse directement à l'action dont elle fait le caractère le plus frappant de la maladie.

Dans un prochain travail, nous chercherons les relations du délire mélancolique avec les hallucinations.

Archives cliniques.

34.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LE D^r A. VOISIN.

Délire et chorée.

SOMMAIRE. — Chorées à début brusque sans antécédents rhumatismaux, suivies de troubles intellectuels caractérisés par des hallucinations terrifiantes, avec accès convulsifs. — Traitement bromuré. — Guérison.

(Observations recueillies par M. MARIE, externe du service.)

OBSERVATION I. — L'enfant S..., âgé de dix ans, est amené à la Salpêtrière à la consultation de M. Auguste Voisin, fin décembre 1881, pour des accidents nerveux datant de quelques mois; auparavant l'enfant jouissait d'une santé satisfaisante. Mère également bien portante; le père est mort, il y a quelque temps, d'une maladie de poitrine. Pas d'antécédents rhumatismaux; mais nous devons signaler un certain degré d'impressionnabilité chez l'enfant. C'est dans ces conditions que, se trouvant à jouer dans un jardin, l'enfant fut renversé par un chien prétendu enragé, qui lui passa entre les jambes. La grand'mère qui le releva le trouva raide, sans connaissance et immobile; avec de l'éther, il revint à lui; trois jours après, apparurent des mouvements choréiques, d'abord limités aux membres supérieurs et bientôt généralisés à tout le corps; ces mouvements arythmiques durèrent environ trois mois, au cours desquels l'enfant fut traité à la consultation externe de l'hôpital Trousseau par M. Cadet de Gassicourt.

Les mouvements s'atténuèrent enfin peu à peu, et

étaient à peu près disparus lorsqu'un matin, vers neuf ou dix heures, l'enfant fut pris d'une crise consistant en une chute à terre, sans connaissance : l'œil égaré, la physionomie exprimant la terreur, la tête se tournant fréquemment, comme s'il fuyait la vue de quelque chose, avec cela des aboiements, des mouvements convulsifs de va-et-vient en avant et de côté, des contractions alternatives de la face avec l'expression successive des pleurs et du fou-rire. Au cours de cette crise qui s'est répétée à peu près chaque jour jusqu'au début du traitement, l'enfant paraît souffrir au niveau du creux épigastrique et demande à uriner.

Le 10 février 1882, jour même où on l'amena à la consultation, il put être examiné au cours d'une de ses crises ; outre les phénomènes précités, on constata la conservation de la sensibilité, les pupilles dilatées, dilatation s'accroissant encore lorsqu'on pinçait la peau. L'enfant alors ne répond à aucune question et ne paraît pas d'ailleurs les comprendre. L'éther approché des narines détermine une sensation agréable, l'enfant cherche à saisir le flacon et à boire ; au contraire, l'eau de mélisse excite son dégoût. Vers dix heures, l'accès cesse, l'enfant reprend connaissance. On lui prescrit le bromure de potassium à la dose de 30 grammes pour 200 d'eau distillée, deux cuillerées par jour ; huit jours après, l'enfant revu n'avait eu que deux crises ; physionomie gaie, il travaille et joue ; on porte la dose à 34 grammes pour 200, car il y a encore de fréquentes envies d'uriner, un peu de dilatation pupillaire et beaucoup de nausée réflexe.

Du 17 au 24 février, l'enfant eut deux accès moins forts à des heures différentes l'après-midi ; physionomie toujours éveillée ; la mère signale de la fièvre et des sueurs abondantes, lorsque l'enfant s'endort le soir. Le bromure est continué à la dose de 35 grammes p. 200.

Au commencement de mars, le 2, il n'y avait plus eu qu'une crise légère d'une demi-heure à la suite d'une contrariété, lorsque huit jours après, malgré une nouvelle augmentation de bromure, les crises quotidiennes reprirent, de cinq heures du matin à trois heures du soir; il a été le dernier jour dans une grande agitation, il fallut deux hommes pour le tenir, il parlait de tuer un chien et cherchait à mordre. Physiologie égarée, mydriase, contracture de la face en rictus; l'enfant ne peut se tenir debout ni répondre aux questions. Région temporo-frontale douloureuse à la pression; l'enfant revenu à lui dit qu'il y sent une boule et demande à uriner. Au mot de chien, il exprime la terreur, l'œil devient fixe.

Au cours de la crise, il a aboyé et prononcé des mots incohérents en se donnant par instants des coups de poing à la tête. Conservation de la sensibilité à la douleur et nausée réflexe. On porte le bromure à la dose de 40 grammes p. 200, plus un purgatif salin.

Enfin, en avril, l'enfant n'a plus eu que trois crises par semaine, la plus longue a duré une heure. On augmente encore de 5 grammes le bromure et cette dose, très bien supportée, est continuée sans crise pendant les mois suivants; état intellectuel et physique parfait. En octobre 1882, M. Voisin autorise sa mise en apprentissage comme serrurier; l'enfant se livre à un travail manuel assez fatigant; après quelques maux de tête passagers, il continue à se bien porter, plus d'incontinence d'urine ni d'autres troubles d'aucune sorte depuis.

OBSERVATION II. — L'enfant Eugénie D..., âgée alors de onze ans, se présenta à la consultation le 11 janvier 1884. Comme antécédents héréditaires, nous relevons une tante aliénée; personnellement, bonne santé absolue, jusqu'à il y a un mois; la scarlatine seulement à l'âge de huit ans, pas d'antécédents rhumatismaux

héréditaires ou personnels, douleurs articulaires fugaces au cours de sa scarlatine seulement. Intelligence moyenne; l'enfant était en pension, lorsqu'elle fut prise de mouvements choréiques dans le membre inférieur gauche sans cause appréciable. Ces mouvements, accompagnés d'abord de grimaces de la face et de parésie à droite, se généralisèrent bientôt à tout le corps.

Lorsqu'elle se présenta, elle ne pouvait plus parler depuis deux jours. La malade à cette époque était grande, forte, la physionomie exprime un grand malaise; regard voilé, mouvements arythmiques continuels de tout le corps: ce sont tantôt des secousses, tantôt la flexion, l'extension, la supination ou la pronation. Le visage grimace, les sourcils se froncent; le front se plisse, les paupières se ferment. L'enfant ne peut plus manger seule. Elle est obligée de tenir les objets qu'on lui donne à deux mains; elle approche avec peine un verre de sa bouche et boit quelques gorgées par saccades. Marche difficile, irrégulière, titubante. La sensibilité au pincement est exagérée. Une pression modérée sur la colonne vertébrale est très douloureuse, surtout dans la région cervico-dorsale, hyperesthésie également à la pression du thorax. Si on fait compter l'enfant, elle articule, mais parvient à peine à émettre les sons. Pupilles dilatées, mais réagissant bien à la lumière artificielle. La mère affirme qu'il n'y a pas de prurit vulvo-vaginal, rectal, ni nasal. Miction normale. Nausée réflexe très facile; rien à l'auscultation du poumon ni du cœur. On lui prescrit une bande vésicante de 20 centimètres sur la colonne vertébrale et le bromure de potassium, 35 grammes pour 200 d'eau, une cuillerée à chaque repas. Huit jours après, cessation des mouvements des jambes et atténuation de ceux des bras, ceux de la tête persistent avec l'aphonie et la nausée réflexe; rachis moins douloureux. Le bromure est porté à 40 grammes

p. 200. Le 25 janvier, la malade est ramenée très affaiblie, les yeux battus; plus de mouvements, mais déséquilibre complète, troubles parésiques dominants, station debout impossible; on diminue le bromure de moitié et on stimule l'appétit par des toniques amers.

Le 8 février, la malade revient, améliorée, n'a plus de secousses, mais chaque jour, pendant une heure, elle est prise d'agitation avec hallucinations effrayantes.

Elle est encore paralysée, mais l'attention qui avait absolument disparu semble revenir, la malade écoute ce qu'on lui demande et montre la langue. On prescrit une mouche derrière chaque oreille et une cuillerée de sirop de morphine le soir. Le 15 février, la malade remue, parle et dit bonjour. Elle dit à sa mère qu'on lui a mis des vésicatoires. Mouvements des bras encore limités, mais elle peut maintenant serrer la main assez fort. Elle tient la tête inclinée à droite, la déglutition est encore difficile, elle commence à se servir de la main gauche pour manger. Elle demande pour ses besoins; à côté de cela, quelques troubles intellectuels; elle nous dit que des bêtes lui mangent la poitrine.

On remplace la morphine par du chloral. En fin février, la malade commence à marcher seule, plus de mouvements désordonnés, mais les nuits sont encore agitées, l'enfant crie et voit des serpents.

En mars, l'amélioration physique s'accroît, la malade dit très bien bonjour, sourit et parle intelligiblement; elle serre assez fort la main qu'on lui tend, elle demande pour ses besoins. Il n'est plus nécessaire de l'alimenter à la cuiller, elle se sert de ses mains pour la préhension des aliments.

Mais en même temps que les phénomènes d'incoordination motrices s'amendent, il semble que les troubles intellectuels augmentent. La nuit surtout, la malade pousse subi-

tement des cris de frayeur, se débattant, l'œil fixe, en proie à des hallucinations terrifiantes accompagnées d'une violente agitation. L'hallucination consiste le plus souvent en reptiles qui la mordraient. A la suite de ces crises violentes, la malade reste abattue pendant quelques heures, et conserve la contracture douloureuse du sterno-mastoïdien droit. Cette contracture, avec l'attitude penchée de la tête qui en résulte, devient permanente et nécessite, en avril, un traitement consistant en révulsifs et frictions, localement, avec injections hypodermiques de morphine, le soir.

Cet état mental et physique tout à la fois, a commencé à rétrogresser en juin, mais très lentement, les frayeurs nocturnes deviennent plus rares et finissent par se réduire à des réveils en sursaut, précédés de cauchemars dont la malade ne garde pas le souvenir ; enfin, quoique lente, l'amélioration a continué et persiste enfin à ce jour, complète, quatre ans après le début du traitement.

Réflexions. — Nous croyons avoir eu affaire à deux cas de chorée pubère selon la dénomination de Lasègue ; nos deux malades sont à peu près du même âge, âge qui correspond à la deuxième dentition, comme c'est le cas le plus ordinaire. Il y a loin cependant de l'évolution de l'affection dans ces observations à l'évolution type de la chorée de Sydenham classique. Aurions-nous eu affaire à des accidents choréïdes ? Nous ne le croyons pas. L'incoordination typique, observée par nous dans le premier cas, et l'autorité de Cadet de Gassicourt dans le deuxième, ne permettent pas de douter. L'absence de complications cardiaques ou articulaires ne peuvent non plus faire hésiter ; le rôle accessoire et non obligé du rhumatisme dans la chorée a été suffisamment établi par les travaux de M. Charcot et de l'École de la Salpêtrière. En revanche, rappelons les antécédents

névropathiques relevés dans l'une des observations. — Il est intéressant de noter la succession des troubles moteurs d'abord, puis intellectuels ; ces derniers occupant finalement seuls tout le tableau clinique, sous forme d'accès délirants avec hallucinations terrifiantes. Il semble que ce soit le même processus, qui, localisé d'abord aux couches corticales motrices, se porte ensuite sur les zones sensibles et psychiques, constituant ainsi, pour reprendre les idées de Lasègue, la grande chorée, type nerveux, par opposition au type rhumatismal ou petite chorée, dans lequel les troubles moteurs sont au premier plan avec une émotilité dont la disparition correspond au retour des mouvements normaux. En distinguant ces deux types, Lasègue insiste sur le mode de début qui, dans nos observations, est caractéristique, ainsi que la pierre de touche du traitement bromuré à l'exclusion du salicylate de soude. Quoi qu'en dise Lasègue, on ne peut s'empêcher de songer à un hybride de la chorée et de l'épilepsie ou de l'hystérie. Enfin, l'un des enfants semble avoir eu des mouvements choréiques dans les membres inférieurs tout d'abord, ce dont un certain nombre d'auteurs nient la possibilité.

Thérapeutique.

DU CHANVRE INDIEN

Par A. LAILLER,

Pharmacien en chef à l'asile de Quatre-Mares.

Mon confrère, M. Ed. Egasse, vient de publier, dans le *Bulletin général de Thérapeutique* (n^{os} 4, 8 et 10, 1890), une très intéressante étude sur le chanvre indien, qui m'a remis en mémoire quelques essais thérapeutiques que j'avais vu faire sur cette substance, il y a plus de vingt ans, à l'asile de Quatre-Mares. Les résultats de ces essais, sans être complètement négatifs, n'avaient pas été encourageants; je croyais ce médicament complètement délaissé, il en est autrement. Aujourd'hui, on revient sur l'abandon auquel il semblait voué. Peut-être, à l'aide des connaissances que l'on a acquises sur son compte, pourra-t-il occuper une place définitive dans la thérapeutique de diverses formes de l'aliénation mentale; peut-être, au moins, pourra-t-il être l'objet de nouvelles études.

Le chanvre indien, *cannabis indica*, ne constitue pas une espèce distincte du chanvre de nos contrées, *cannabis sativa*; il est bon de le rappeler. Le mot *indica* n'indique que le pays d'origine.

M. Egasse considère la composition chimique du chanvre comme étant peu connue. Il rappelle qu'en

1846, T. et H. Smith d'Édimbourg obtinrent, par des procédés qu'il décrit, une substance résineuse à laquelle ils donnèrent le nom de *cannabine* ou *haschichine*.

En 1857, Personne, en distillant à plusieurs reprises de l'eau sur une grande quantité de chanvre, obtint deux produits : l'un, liquide, auquel il donna le nom de *cannabène*; l'autre, solide, qui fut appelé *hydrure de cannabène*. Personne regardait le *cannabène* comme le principe actif.

Plus tard, L. Siebold et Bradbury purent, à l'aide de procédés, dans lesquels je ne crois pas devoir entrer, obtenir une substance qui, par ses réactions, a tous les caractères d'un alcaloïde; ils proposèrent de l'appeler *cannabine*.

Matthew Hay (d'Édimbourg) fit également des recherches à ce sujet et il admit que le chanvre indien renferme plusieurs alcaloïdes; à celui qui lui parut le plus important, il donna le nom de *tétanocannabine*, en raison de ses propriétés tétanisantes.

Merck (de Darmstadt) annonça dans le chanvre indien la présence d'un glucoside qu'il appela *cannabine*. Bombelon, en traitant ce glucoside par l'oxyde de zinc, en précipita une substance qu'il nomma *cannabinon*. D'après l'auteur, cité par M. Egasse, « ce produit, à la dose de 5 à 10 centigrammes, est un excellent hypnotique, ne déterminant pas d'excitation préalable, pouvant, par suite, être fort utile dans l'insomnie des hystériques et des aliénés, mais contre-indiqué quand il existe une lésion cardiaque. »

Je signale, en passant, que, du *cannabis sativa*, on a extrait une substance qui provoque le sommeil chez les hystériques et les aliénés.

Plus récemment, en 1887, Jahns a isolé de la plante une base désignée sous le nom de *choline*; sa proportion varie considérablement suivant les échantillons de

la plante ; mais, dit avec raison M. Egasse, comme elle n'a jamais dépassé un dixième pour 100, cette quantité est réellement trop minime pour qu'on puisse attribuer à cet alcaloïde les propriétés du chanvre indien.

Par ces citations, qui, bien que succinctes, résument les recherches chimiques qui ont été faites sur le chanvre indien, on voit que l'on ne peut scientifiquement, quant à présent, attribuer à un principe nettement défini et légitimement admis les propriétés que l'on accorde à la plante. Ces propriétés peuvent-elles trouver leur application dans le traitement des maladies mentales ? J'en ai la conviction. J'ai dit qu'il y a vingt-deux ans j'avais vu employer le *cannabis indica* et que le succès avait été douteux. Je ne considère pas ce résultat comme définitif. D'abord, je n'avais pas préparé le produit, je ne connaissais sa valeur que sur la foi de l'étiquette ; ensuite, il est un fait acquis, c'est que les propriétés thérapeutiques d'une substance médicamenteuse, soumise à l'étude, sont aujourd'hui l'objet d'observations, de remarques, d'analyses, si je peux me servir du mot, qui n'étaient pas alors du domaine courant de l'expérimentation thérapeutique.

Je ne cite que pour mémoire l'usage que les peuples de l'Inde, de la Perse, du Turkestan, de l'Egypte, de l'Algérie, ont fait et font encore du *cannabis indica* dans le but de se procurer des sensations qui ne sont pas sans analogie avec celles que procure l'opium. Je passe également sous silence les expériences physiologiques et thérapeutiques qui ont été faites sur des produits plus ou moins complexes, plus ou moins disparates, d'une composition souvent inconnue, dont le chanvre indien était la base ; je ne veux signaler que les derniers résultats qui ont été obtenus, comme le dit M. Egasse, avec des produits définis, faciles à préparer et toujours identiques à eux-mêmes.

O'Shanghnessy a employé la teinture préparée avec l'extrait à la dose de *un gros* contre le *tétanos traumatique*. Dymock conseille dans le même cas le même médicament, mais à une dose plus élevée.

Richard Green, *superintendant médical of Berry Wood Asylum Northampton*, a, dès 1872, préconisé le chanvre indien contre la migraine. En 1887, Mackenzie, en Amérique, a employé avec succès l'extrait alcoolique de chanvre indien à la dose de 2 à 3 centigrammes par jour dans le traitement des céphalalgies continues ou subcontinues avec exacerbations intermittentes et qui peuvent siéger dans les régions frontalo-temporale, occipitale, ou plus rarement dans le vertex, et dont l'intensité varie plusieurs fois par jour. Si, au bout d'une semaine, nne amélioration ne s'est pas manifestée, Mackenzie porte la dose à 6 centigrammes la nuit et 3 centigrammes le jour, en augmentant, s'il est nécessaire, et donne alors 12 centigrammes la nuit et 9 centigrammes le jour.

Richard Green commence également par 2 centigrammes, mais il n'élève pas la dose au delà de 6 centigrammes par jour.

Berthier, à Bicêtre, avait fait la remarque qu'au-dessous de 5 centigrammes, l'extrait hydro-alcoolique produisait plutôt de l'excitation que de la sédation; c'était à la dose de 50 centigrammes qu'il obtenait rapidement des effets hypnotiques.

La pharmacopée anglaise indique, comme dose, de 3 à 6 centigrammes.

Cet extrait se donne en pilules.

Fronmuller, cité par M. Egasse, a essayé la teinture de chanvre indien comme hypnotique. A la dose de 50 centigrammes, il a constaté des effets complets dans 130 cas, partiels dans 255 et nuls chez 253 malades.

Cette teinture, à la dose de 15 à 30 gouttes, associée

à 60 centigrammes de chloral et au bromure de potassium, agit, dit-on, fort bien contre l'insomnie. Elle est surtout utile quand le cœur est affaibli ou surmené et que le chloral est contre-indiqué, que les poumons sont engorgés ou que les reins fonctionnent mal, alors qu'il faut éviter l'emploi de l'opium. Le sommeil est profond, se prolonge plusieurs heures et, au réveil, l'inquiétude, la détresse du malade ont disparu. Il y a peut-être dans cette relation une teinte d'optimisme; peut-être a-t-on trop généralisé les résultats constatés; n'importe, le chanvre indien n'en reste pas moins, à mes yeux, une substance qui mérite d'être à nouveau expérimentée dans le traitement des vésanies; le chanvre indien mérite d'autant mieux l'attention des thérapeutistes français qu'il est cultivé d'une façon très intelligente dans notre pays, qu'on peut en faire la récolte aux moments les plus propices et qu'il a, sur les produits exotiques qui encombre la thérapeutique moderne, l'avantage d'être là, sous la main, et de ne pas être exposé aux altérations, ainsi qu'aux falsifications que subissent les produits simples ou composés qui nous viennent de loin.

Pour la préparation de l'extrait et de la teinture du chanvre indien, M. Egasse indique le *modus faciendi* suivant. Je m'y associe pleinement.

Extrait :

| | |
|---|------------|
| Feuilles fraîches et sommités fleuries de chanvre femelle. | 1 partie. |
| Alcool à 90°. | 5 parties. |

Faites macérer pendant sept jours en agitant souvent, passez avec expression et filtrez; distillez en partie et évaporez en consistance d'extrait mou.

Teinture :

| | |
|-----------------------------|--------------|
| Extrait alcoolique. | 30 grammes. |
| Alcool à 90°. | 600 grammes. |

Le chanvre cultivé en France possède-t-il, au même degré que le chanvre cultivé dans l'Inde, des propriétés anesthésiques, sédatives et hypnotiques? Certains auteurs le croient, d'autres affirment le contraire. Je suis assez porté à croire que le chanvre indigène est moins actif que le chanvre exotique pris dans les mêmes conditions de récolte et de conservation. L'expérience seule peut permettre de se prononcer, il ne restera plus ensuite à résoudre qu'une question de posologie.

Médecine légale

LA RESPONSABILITÉ LÉGALE DES ALIÉNÉS

Par Louis PROAL

Conseiller à la Cour d'appel d'Aix.

Il n'y a pas pour le magistrat et pour le médecin de question plus grave, plus difficile, que l'appréciation de la responsabilité des accusés, dont l'état mental ne paraît pas normal. Si on considère à tort comme malade un accusé, qui est responsable, et qui par suite mérite une punition, la sécurité publique est compromise par l'impunité du coupable. Si, au contraire, par une erreur inverse, on frappe d'une condamnation, qui le déshonore et le prive de sa liberté, de sa vie, un accusé, qui n'est qu'un malade digne de pitié, peut-on imaginer une erreur plus terrible en ses conséquences? Où est le criterium qui permettra au juge de distinguer la perversité morale de la perversité morbide? Dans quelles preuves, celui qui est investi de la redoutable mission de peser la responsabilité d'un accusé puisera-t-il la certitude de ne condamner que des coupables, et de n'absoudre que des malades? Où finit la responsabilité? Où commence l'irresponsabilité? N'y-a-t-il pas des cas où le délire n'est que partiel, et ne faut-il pas dès lors n'appliquer qu'une responsabilité partielle, lorsque le

crime ne se rattache pas à l'objet du délire? Ou bien ne faut-il pas déclarer irresponsable tout homme atteint d'aliénation mentale, à quelque degré, sous quelque forme qu'il soit aliéné? C'est là, on le sait, une question sur laquelle les médecins aliénistes sont divisés. Pendant que MM. les D^{rs} Billod, Casper, Brierre de Boismont, Michéa, Delasiauve, Tardien et Ball admettent avec des nuances diverses, une responsabilité partielle, MM. J. Falret, Parant la combattent (1). En dehors de l'aliénation, n'y a-t-il pas des cas, oh, par suite de faiblesse d'esprit ou de toute autre cause, la responsabilité est diminuée, sans être supprimée? Ne faut-il pas alors admettre une responsabilité limitée, atténuée? Et enfin, lorsque la responsabilité est douteuse, ne faut-il pas, comme vient de le décider le nouveau code pénal italien, permettre aux juges de faire subir la peine dans un asile? Telles sont les trois questions, que je me propose d'examiner au point de vue juridique, laissant à d'autres plus compétents le soin d'apprécier le côté médical de ces questions.

Tout d'abord, je crois qu'il importe de bien préciser la portée de l'article 64 du Code pénal qui règle la matière. D'après cet article, l'accusé n'est responsable de ses actes que s'il a agi sciemment et librement. « Il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en état de démence, au moment de l'action... » Le fait matériel dommageable ne suffit pas pour entraîner l'application d'une peine; il faut encore que l'acte ait été commis par une personne moralement responsable, à tel point qu'il n'y a même aucune contravention punissable si le prévenu n'a pas son libre arbitre.

(1) M. Legrand du Saulle a soutenu une opinion intermédiaire; tout en admettant une responsabilité partielle pour certains aliénés, il conclut à l'irresponsabilité devant la loi pénale et propose le placement de ces aliénés dans des asiles spéciaux.

(V. Blanche, *Études pratiques sur le Code pénal*, t. II, p. 201.) Bien plus, même en matière civile, celui-là seul, à qui *une faute* est imputable, peut être tenu de réparer le dommage qu'il a causé; et comme on ne peut reprocher aucune faute à l'aliéné, la loi française, comme la loi romaine, l'exonère de toute responsabilité même civile. M. Falret s'est trompé (1), en croyant que la responsabilité légale est séparée de la responsabilité morale; elles sont inséparables; la responsabilité morale est le fondement de la responsabilité légale.

C'est aussi une erreur de croire, comme l'ont fait quelques médecins et quelques philosophes, notamment M. Fouillée et M. Lévy Brulh, que la justice ne doit examiner que le fait extérieur pour apprécier *l'intention*. En matière de crimes et de délits de droit commun, le fait le plus dommageable, l'acte le plus atroce, n'entraîne aucune responsabilité, s'il n'est pas accompagné d'une intention méchante. On a dit que l'appréciation de l'intention est très difficile, sinon impossible, que le juge ne peut pénétrer dans la conscience de l'accusé. Sans doute cette appréciation de l'intention est quelquefois délicate, mais elle est si peu impossible qu'elle est pratiquée tous les jours par les tribunaux correctionnels et les cours d'assises, qui ne condamnent jamais que lorsque l'intention méchante est constatée. C'est si bien l'intention, qui, jointe au fait matériel, constitue l'acte punissable, que celui qui donne la mort, sans l'intention de la donner, par des coups volontaires, n'est pas cependant considéré comme un meurtrier.

Lorsque la loi exige que le crime et le délit de droit

(1) Malgré cette erreur, rien ne me paraît plus judicieux dans son ensemble que l'étude de M. Falret sur la responsabilité légale des aliénés. V. le *Dictionnaire de médecine* de Dechambre et les *Annales médico-psychologiques* de 1864. — M. Cuillerre a commis la même erreur que M. Falret dans son *Traité des maladies mentales*, p. 559.

commun, se composent d'un fait dommageable et d'une intention méchante, elle se trouve d'accord avec la philosophie. « Ce n'est pas précisément sur ce que quelqu'un aura doué ou pris une chose à un autre, qu'il faut prononcer qu'une action est juste ou injuste ; mais le législateur doit examiner si l'intention de celui qui fait du bien ou du mal à autrui est droite et juste, et jeter en même temps les yeux sur ces deux choses, l'injustice et le tort causé ». (Platon, *Les lois*, IX.) Pour savoir si une action est injuste, Aristote recommande aussi de rechercher dans quelle intention elle a été faite. « Car, dit-il, la méchanceté et l'injustice consistent principalement dans le but qu'on se propose. Les mots, dont on se sert, désignent l'intention de celui qui agit. Tels sont injure et vol ; car tout homme qui en frappe un autre, ne lui fait pas une injure. La fin qu'il se propose le rend seul coupable... De même, on ne doit pas qualifier de voleur tout homme qui prend une chose à la dérobée, à moins qu'il n'ait la volonté de nuire et de se l'approprier. » (*Rhétorique*, l. I, ch. XIII, § 1.) Si l'aliéné, qui commet un vol ou tout autre acte dommageable, est affranchi de toute responsabilité devant la loi, c'est parce qu'on ne peut pas lui imputer une intention criminelle, et que la volonté chez lui est pervertie par la maladie. Ce principe était déjà proclamé par le droit romain : « *Cum injuria ex affectu facientis consistat, consequens est furiosos injuriam fecisse non videri.* » La loi romaine, dans son admirable sagesse, ajoutait que le fou était assez puni par sa maladie, *furiosus satis ipso furore punitur*. On voit par ces seules citations combien M. Cullerre est dans l'erreur quand il écrit, dans son *Traité des maladies mentales*, que « l'irresponsabilité légale des aliénés ne commença à être admise qu'au 18^e siècle » (p. 557). L'ancienne législation française avait aussi décidé en thèse générale que

les aliénés et les imbéciles ne pouvaient être poursuivis, parce qu'ils n'étaient pas considérés comme criminels. (Jonsse, t. II, p. 620, Muyart de Vonglans, t. II, p. 53.) Toutefois, par une contradiction étrange, la folie cessait d'être une cause de justification, quand il s'agissait d'un crime de lèse-majesté. (Jousse, t. II, p. 623.) L'ancienne loi anglaise, plus logique, n'admettait en aucun cas une responsabilité pour l'aliéné. Henri VIII avait voulu faire une exception pour le crime de trahison ; « mais, dit Blackstone, cette loi sauvage et inhumaine fut rejetée par les statuts I et II de Philippe et Marie, ch. 10 ; car selon la remarque d'Edouard Coke, l'exécution d'un criminel est pour l'exemple, *ut pœna ad paucos, metus ad omnes perveniat* ; or l'exécution d'un insensé peut-elle servir d'exemple ? Pitoyable spectacle qui accuserait la loi d'inhumanité et de cruauté : La loi se contente d'enfermer les fous, pour les mettre hors d'état de nuire. » (*Commentaire sur le code criminel d'Angleterre*, p. 21).

Il importe encore de rappeler que la maladie mentale n'est pas la seule cause d'irresponsabilité. La loi attribue le même effet à la contrainte matérielle et morale, qui prive l'homme de son libre arbitre. M. le Dr Dally a commis une erreur en croyant que la contrainte physique seule produisait l'irresponsabilité. (*Annales médico-psychologiques*, 1880, p. 102.) Le Code pénal français, comme tous les autres codes, ne sépare pas la responsabilité pénale de la responsabilité morale (1). Dès que le libre arbitre est supprimé par la folie ou la contrainte, l'homme cesse d'être responsable devant la loi, comme devant sa conscience. « Comme les peines, dit Blackstone, ne sont établies que contre les abus de la liberté, il est juste d'excuser les délits,

(1) V. sur cette question, mon étude dans le n° de la *Revue philosophique* du 1^{er} avril 1890.

qui ont pour cause une force irrésistible. » (p. 24.) Sans doute, il a été fait devant les cours d'assises un abus déplorable de la force irrésistible ; on a voulu bien à tort la faire résulter de la passion, de l'ivresse, de la crainte révérentielle. Mais, lorsque, par suite d'une contrainte morale réelle, l'accusé n'a pu résister à la pression exercée sur lui, il cesse d'être responsable.

La question de folie ou de contrainte n'est point posée d'une manière spéciale devant les cours d'assises ; elle est contenue implicitement dans cette question : « l'accusé est-il coupable d'avoir commis tel ou tel crime ? » L'accusé ne peut être coupable, si la folie l'a empêché d'agir sciemment et librement. Si l'une de ces deux conditions vient à manquer, le jury doit déclarer l'accusé non coupable. Sans doute, au point de vue philosophique, la question relative à la culpabilité implique tout à la fois l'examen du fait matériel et l'appréciation de la responsabilité morale de l'agent. Mais les questions complexes présentent des dangers, lorsqu'elles sont soumises à des jurés. Les listes de jurés ne sont pas toujours composées d'hommes très instruits et très familiers avec les questions philosophiques et juridiques. Comme quelques affaires politiques peuvent être portées devant la Cour d'assises, les maires, les conseillers généraux et les juges de paix, qui dressent les listes, en écartent souvent des hommes intelligents et instruits, dont les opinions politiques leur sont suspectes. En outre, comme le service de juré constitue une charge, les mêmes personnes, qui dressent les listes, s'abstiennent souvent d'y porter leurs amis, et y inscrivent des citoyens peu instruits qui ne sont pas de leurs amis. Aussi, puisque, sans imposer l'obligation de poser une question spéciale relative à la folie, la loi ne la défend pas, je crois qu'il serait sage de la poser, afin d'éviter une erreur toujours possible du jury. Cet avis est

exprimé par les criminalistes les plus autorisés (V. Blanche, *Études pratiques sur le Code pénal*, t. II, n° 185; Nongniet, *Traité de la Cour d'assises*, n° 2823; Faustin-Hélie, *Théorie du Code pénal*, t. I, p. 555). Le code de brumaire an iv, dans son article 274, avait exigé que la question de folie fût posée d'une manière spéciale, lorsque l'accusé en faisait la demande. Il est regrettable que le Code d'instruction criminelle n'ait pas maintenu cette obligation.

A quels signes la justice reconnaîtra-t-elle que l'accusé a agi sciemment et librement, ou qu'il a cessé d'être responsable par suite d'une maladie mentale? Le bon sens ne suffit pas pour distinguer, dans les cas difficiles, la santé d'esprit de l'insanité; sans études spéciales, on peut voir la folie où elle n'est pas et ne pas la voir là où elle est. Que de personnes s'imaginent que la folie ne peut se concilier avec la préméditation, avec la ruse, avec une défense habile! Combien croient à tort que le discernement du bien et du mal prouve toujours la santé d'esprit! Si on n'a pas fait une étude des maladies mentales, n'est-on pas porté à croire que l'accusé est sain d'esprit, lorsqu'il repousse l'excuse de la folie et proteste contre tout soupçon d'aliénation mentale? Longue est la liste des erreurs commises par ceux qui croient le bon sens capable de distinguer la perversité morale de la perversité morbide. Aussi, je crois qu'il serait extrêmement utile de faire suivre aux étudiants en droit un cours obligatoire sur les maladies mentales, non pas pour que, devenus magistrats, ils puissent résoudre par eux-mêmes les questions relatives à l'insanité d'esprit sans le secours d'un médecin expert, mais afin que tout au moins ils se gardent d'erreurs grossières, et sachent connaître les cas où il faut provoquer l'examen de l'accusé par le médecin aliéniste.

Depuis plus de trente ans, un illustre jurisconsulte

allemand, Mittermaier, a demandé que les étudiants en droit fussent initiés à l'étude des maladies mentales. (V. *Annales médico-psychologiques*, 1865, p. 204.) Il y a quelques années un cours sur la folie a été fait à l'École de droit de Paris, par le D^r Dubuisson. Il serait à désirer que ce cours devint obligatoire et fût créé dans toutes les Facultés de droit.

C'est, en effet, surtout par un rapport médico-légal que la preuve de la folie pourra être faite. Cette compétence du médecin, qui est due à ses études spéciales, était déjà reconnue dans l'ancienne législation française. Un ancien jurisconsulte, Muyart de Vouglans, s'appuyant sur l'autorité d'un grand médecin du XVII^e siècle, Zachias, reconnaissait la nécessité d'un examen fait par un médecin, « parce que la folie est une maladie du cerveau, que le médecin est plus en état de connaître que tout autre » (p. 55). Mais, parmi les médecins, le seul qui soit vraiment compétent, est le médecin aliéniste qui joint à des études spéciales une longue pratique, à la condition bien entendu qu'il se garde de l'esprit de système et d'opinions matérialistes préconçues, qui excluent logiquement la liberté morale.

Bien que la folie se prouve surtout par l'expertise médico-légale, le magistrat ne doit pas négliger l'examen du passé, du caractère de l'accusé, un changement de caractère étant souvent un indice de trouble mental. Son attention devra aussi se porter sur l'état mental de ses parents, parce que la folie est souvent héréditaire. Enfin, les circonstances dans lesquelles le crime a été commis pourront encore fournir à la justice d'utiles indications. Un ancien jurisconsulte, Jonsse, avait fait à cet égard quelques observations judiciaires qui méritent d'être rappelées. « S'il arrive qu'un homme en tue un autre, avec lequel il n'a en aucun différent et sans aucun sujet ; que cet homicide ait été commis en public,

sans aucune querelle précédente ; et que celui qui a fait le crime reste sur le lieu sans se cacher ni s'enfuir ; alors, on doit présumer que celui qui a fait le coup avait l'esprit aliéné dans le temps de l'action. Mais le contraire doit se présumer si l'accusé avait en une querelle précédente avec celui qu'il a tué ou blessé, et si après le coup il avait pris la précaution de se cacher ou de s'enfuir » (t. II, p. 621). L'aliéné, perdant sa liberté morale par le fait de la maladie, perd du même coup le sentiment de sa responsabilité ; voilà pourquoi il n'éprouve pas de remords, ne cherche pas à se cacher, raconte tranquillement les crimes atroces qu'il a commis et quelquefois déclare qu'il serait prêt à recommencer.

Mais, si le devoir de la justice est de chercher la lumière dans tous les éléments de la cause, celui du médecin est de rester sur le terrain médical, pathologique. « C'est là, dit avec raison M. Falret, le seul critérium qui soit de la compétence du médecin, le seul pour lequel il puisse apporter à la justice un contingent de lumières vraiment utiles et spéciales. » (*Annales médico-psychologiques*, 1864, p. 431.) MM. les D^{rs} Parant et Cullerre partagent l'opinion de M. Falret. (*La raison dans la folie*, p. 360 ; *Traité pratique des maladies mentales*, p. 561.)

L'avis du médecin expert, on le sait, ne lie pas le juge. « Les juges ne sont point astreints à suivre l'avis des experts, si leur conviction s'y oppose. » (Art. 323 du Code de procédure.) Sans doute, en fait, les magistrats se décident d'après le rapport médico-légal, mais en droit ils peuvent juger contrairement aux conclusions de l'expert. Quelques médecins demandent aujourd'hui que le juge soit lié par l'expertise. Au congrès d'anthropologie criminelle de Paris, en 1889, M. Pagliese a présenté un rapport tendant à conférer au rapport médico-légal l'autorité de la chose jugée. Si cette mesure était adoptée, le juge n'aurait plus qu'à descendre de son

siège et à céder sa place au médecin. Je sais bien que La Mettrie et quelques autres médecins souhaitent qu'il n'y ait pour juges que des médecins. (V. *L'homme machine*, p. 58.) Mais MM. Brouardel, Linas, Parant et d'autres médecins, qui connaissent les limites de la médecine, ont compris les dangers qu'il y aurait pour elle à en sortir. « Tout procès, dit M. Brouardel, a plus d'un côté qui n'est pas médical, et, dans ce cas, les médecins-légistes seraient bien incompétents. » (*Archives d'anthropologie criminelle*, p. 566, 1889.) Le médecin doit rester sur le terrain scientifique, préparer la décision par son rapport et non l'imposer. Quelle que soit sa profonde estime pour le médecin qu'il a commis, le magistrat ne peut pas abdiquer entre ses mains.

Si la folie est bien caractérisée, la tâche du médecin et du magistrat est facile; le médecin conclut à l'irresponsabilité et le magistrat le renvoie des poursuites. Mais que faut-il décider dans les cas douteux, lorsque les facultés paraissent seulement altérées sur un point, sans être complètement troublées? Faut-il, dans ces cas de délire partiel, admettre l'irresponsabilité pour les faits délictueux se rattachant au délire, et reconnaître une responsabilité partielle pour les faits qui paraissent y être étrangers? MM. les D^{rs} Billod, Casper, Brierre de Boismont, Michéa, Delasiauve, Tardieu, adoptent cette distinction; ils acceptent, avec des nuances diverses, la responsabilité des monomaniques pour les actes qui n'ont aucune connexité avec leur délire. (*Annales médico-psychologiques*, 1863, p. 144 et suiv., 1864, p. 284 et suiv.)

Je réponds tout d'abord que l'opinion des savants médecins, que je viens de citer, me paraît contraire à la loi. Le Code pénal ne distingue pas entre les diverses formes et les divers degrés de la folie. Aux termes de l'article 64, il n'y a ni crime ni délit si le prévenu était

aliéné au moment de l'action. L'aliéné est toujours irresponsable ; il commet des actes dommageables, mais, en réalité, en droit, il ne commet pas des crimes. La criminalité est exclue par la folie. Aussi, les commentateurs les plus autorisés du Code pénal, Blanche, ancien avocat général à la Cour de cassation ; Faustin-Hélie, ancien président à la même Cour, reconnaissent-ils que l'aliénation partielle produit l'irresponsabilité. (V. Blanche, t. II, n° 175 ; Faustin-Hélie, t. I, p. 537.) On voit déjà par cette observation combien il serait dangereux d'ériger en juge le médecin le plus savant, qui peut mal interpréter la loi.

Mais, objecte M. Tardieu, en ne tenant compte ni de la forme, ni du degré de la folie, n'est-on pas exposé à trop étendre les limites de l'irresponsabilité ? (*Étude médico-légale sur la folie*, p. 51.) Il est certain que, dans certains cas, l'aliéné ne perd pas entièrement la raison et la liberté morale. M. Parant a écrit un livre ayant pour titre : *La raison dans la folie*, où il décrit les manifestations de l'intelligence, qui se conservent dans la folie ; la maladie mentale peut même quelquefois produire une snractivité intellectuelle ; elle se concilie aussi, dans certains cas, avec la conscience et le discernement du bien et du mal. Dès lors ne semble-t-il pas qu'une responsabilité partielle peut logiquement correspondre à cette situation, qui paraît tenir à la fois de la folie et de la raison ? Oui, au premier abord, la théorie de la responsabilité partielle semble tout concilier, les exigences de la sécurité publique et l'indulgence que commande la situation d'un homme qui n'est pas tout à fait raisonnable et qui n'est pas non plus complètement fou. Mais, cette apparence, à mon avis, est trompeuse. Qu'on le remarque bien, la déclaration d'une responsabilité partielle n'aboutit pas à une déclaration de culpabilité partielle ; on ne peut pas déclarer un accusé partiellement

ment coupable et partiellement innocent, criminel en partie et malade en partie. Une déclaration de responsabilité partielle aboutit à une déclaration de culpabilité entière. La peine pourra, il est vrai, être atténuée; mais qu'importe la durée de la peine! ce qui importe, c'est de savoir si l'accusé sera classé dans la catégorie des malades, dignes de pitié, conservant l'estime et l'affection de ses parents et de ses amis, ou s'il sera placé par une déclaration de culpabilité dans la catégorie des criminels déshonorés! Quelle que soit la durée de la peine prononcée à la suite d'une déclaration de culpabilité, ce n'est pas seulement la liberté qui lui est enlevée; l'honneur aussi lui est ravi. M. Dally, il est vrai, a déclaré qu'il aimerait mieux être enfermé comme criminel que comme aliéné. Mais tout le monde ne serait pas de son avis. Une détention pour cause de maladie sera en général considérée comme un malheur moins grand qu'une détention accompagnée de la flétrissure d'une condamnation. Or, lorsqu'un homme ne jouit pas de l'intégrité de ses facultés, peut-on ne pas trembler lorsqu'on le déclarera responsable? A-t-on, dans ce cas, la certitude absolue que l'acte criminel n'est pas le résultat de la maladie? Et si on n'a pas cette certitude, est-ce que la justice, le bon sens ne commandent pas, en cas de doute, de le renvoyer des poursuites? Avant de déclarer un homme coupable, avant de le déshonorer lui et sa famille, par suite de cette solidarité morale, souvent cruelle, qui unit tous les membres d'une même famille, ne faut-il pas avoir la conviction absolue de cette culpabilité?

Pour déclarer un accusé responsable, il ne faut pas seulement s'attacher à la persistance partielle de la raison. Il importe de se rappeler que la conséquence la plus fâcheuse d'un trouble mental est la perte du libre arbitre. De grands aliénistes, Baillarger, Morel, Renaudin, Brièrre de Boismont, Dagonet, pensent que la folie

consiste surtout dans la privation du libre arbitre. Dès lors, qu'importe que le délire soit partiel, si la liberté morale n'est plus intacte! Pour être responsable aux yeux de la loi, il ne suffit pas d'avoir le discernement du bien et du mal, mais il faut encore avoir le pouvoir de diriger ses actes, de résister aux mauvais instincts. Sans cette possession de soi-même, sans cet empire que l'homme en état de santé exerce sur ses actes, et qui constitue la plus belle de ses facultés, l'homme n'est pas responsable devant la loi.

M. Falret a aussi parfaitement démontré que la responsabilité partielle ne peut se concilier avec l'unité, l'indivisibilité du *moi*, avec la solidarité des facultés. Il a eu seulement le tort de croire que la fragmentation des facultés, qu'il reponssé justement, est enseignée par les psychologues. Je ne connais aucun psychologue qui ait commis cette erreur grossière. Je pourrais, au contraire, citer beaucoup de médecins qui ont soutenu que l'homme atteint de monomanie était partagé en deux parties, malade sur un point et sain sur un autre. C'est cette étrange théorie de la monomanie, repoussée par le bon sens et la psychologie et condamnée aujourd'hui par la science, qui a excité autrefois les défiances de Dupin et de Troplong, à l'égard des médecins aliénistes. (V. Troplong, *Traité des donations*, n° 454.) La jurisprudence a toujours été hostile à la théorie de la monomanie. (*Id.*, n° 346.) Et, en effet, lorsque le cerveau est malade, est-il possible que cette maladie ne réagisse pas sur toutes les facultés? L'esprit peut-il être malade sur certains points et complètement sain sur d'autres? Les psychologues, les grands philosophes, qui sont si souvent injustement dédaignés par quelques physiologistes, n'ont jamais commis cette erreur de fragmenter les facultés; ils ont toujours enseigné l'unité du *moi*, la solidarité des facultés. « Quoique nous donnions

à nos facultés des noms différents, par rapport à leurs différentes opérations, cela ne nous oblige pas à les regarder comme des choses différentes, » dit Bossuet, avec son admirable bon sens. (*Traité de la connaissance de Dieu et de soi-même.*) Et Descartes n'est-il pas aussi net sur l'unité du *moi*, sur le principe spirituel, qui sent, pense et veut ; « c'est toujours, dit-il, une seule et même force ; » la sensibilité, l'intelligence, la volonté ne constituent pas des forces distinctes, mais « ne sont que des aspects divers d'un même principe indivisible dans son unité ». (Règle 12^e.) J'ai tenu à citer ces deux passages de Bossuet et de Descartes, pour montrer combien ont tort les médecins qui dédaignent les psychologues et les philosophes, et combien ils trouveraient dans leurs écrits d'utiles indications pour la connaissance de l'homme. Pour bien connaître l'homme, qui est à la fois corps et esprit, il est aussi utile au médecin d'enrichir la science de l'esprit à celle du corps qu'il est utile au magistrat de compléter ses études juridiques par l'étude des rapports du physique et du moral. Il est mauvais pour un médecin de se cantonner dans la physiologie, comme il est fâcheux pour un magistrat de se cantonner dans le droit. L'un et l'autre trouveraient de grands avantages dans l'union des études médicales et juridiques, pour l'appréciation de la responsabilité des accusés.


En résumé, dès qu'il y a folie, l'irresponsabilité s'impose. Peu importe qu'elle soit partielle, ou qu'elle soit à son début. Il est possible que l'irresponsabilité absolue de l'aliéné amène l'acquiescement d'un homme qui ne serait pas à l'abri de tout reproche. Mais cet inconvénient ne peut pas être mis en parallèle avec le danger de condamner des innocents, qui résulte de la théorie de la responsabilité partielle. Il vaut infiniment mieux acquiescer un coupable (cela n'arrive que trop souvent aux

assises) que de condamner un innocent. Or, la théorie de la responsabilité partielle peut faire condamner des malades. (V. Morel, procès Chorinski.) Dernièrement, un accusé, examiné par deux médecins de Marseille, à la suite d'un parricide, avait été déclaré dans leur rapport partiellement responsable; il allait passer devant la Cour d'assises, qui l'aurait certainement condamné, lorsque la conduite du détenu fit naître de nouveaux doutes sur son état mental. Un nouvel examen confié aux mêmes médecins, auxquels on avait joint M. le D^r Dauby, le savant directeur de l'asile d'Aix, établit que l'accusé était, en effet, absolument irresponsable. Sur ces nouvelles conclusions, l'accusé fut acquitté et placé dans l'asile, où je l'ai vu en état complet de démence.

Mais, pour que la théorie de l'irresponsabilité absolue de l'aliéné n'entrave pas l'action légitime de la justice, il faut que le médecin commis par elle distingue avec soin la folie de tout ce qui n'est pas elle et ne la confonde pas avec la déchéance morale et physique, produite par le vice, la débauche, l'ivrognerie. On sait que de déplorables exagérations se sont produites, que la distinction de l'aliéné et du criminel a été quelquefois obscurcie par des aliénistes, dont cependant la mission consiste à faire cette distinction. On a écrit que le crime était une névrose (Moreau, de Tours); que tous les criminels sont des aliénés en voie de formation (Virchow). D'autres (MM. Féré, Topinard, etc.) ne voient en eux que des dégénérés héréditaires. Pour MM. les D^{rs} Despine, Maudsley, Benedickt, Bruce, Thompson, ce sont des êtres anormaux, atteints d'une sorte d'imbécillité morale; ils naissent privés de sens moral, comme ceux qui sont atteints de daltonisme ou d'aphasie. Donnant à cette théorie de la fatalité physiologique une forme piquante, qui choque le bon sens et révolte la conscience, M. le D^r Le Bon a écrit qu'on naît criminel comme on

naît phthisique, et que le criminel n'est pas plus responsable de ses actes que de la couleur de ses cheveux et de la forme de son nez (*Revue philosophique*, mai 1881). Assimilant le crime à une infirmité morale, tout aussi digne de pitié qu'une infirmité physique, telle que la bosse, M. Naquet dit aussi qu'il n'y a pas plus de déshonneur à être pervers qu'à être bossu. Les médecins que je viens de citer ont voulu réagir contre les théories d'un spiritualisme excessif qui méconnaissait les liens étroits de l'esprit et du corps, l'influence considérable exercée par le physique sur le moral. Mais, ils ont à leur tour dépassé toute mesure et méconnu la vérité, le caractère réel de l'homme, en ne voyant plus en lui que la matière et le côté fatal qui résulte de l'organisme. Que le médecin expert, ne perdant jamais de vue la réalité, se tienne en garde contre l'esprit de système, qui tend aujourd'hui à nier en l'homme la liberté morale et par suite à confondre la déchéance morale avec la dégradation physique. Les théories qui cessent de maintenir la distinction fondamentale du crime et de la folie, n'entraîneraient pas seulement la négation de la justice, mais elles compromettraient encore la science des maladies mentales et la cause des aliénés. A quoi servirait l'expertise ordonnée par la justice, pour savoir si l'accusé est responsable ou irresponsable, si tous les criminels sont irresponsables? A quoi bon s'efforcer par une étude patiente à distinguer la santé d'esprit de l'insanité d'esprit, si tous les délinquants sont des aliénés? Pourquoi se livrer avec ardeur à l'étude des maladies mentales, pour apprendre à connaître les caractères différents de l'état de santé et de l'état morbide, si tous les criminels sont des malades? Pourquoi le magistrat et le médecin, appelés à se prononcer sur l'état mental d'un accusé, ne le font-ils qu'en tremblant, puisque désormais il ne faudra plus établir de différence

morale entre le malfaiteur et le malade? Eh quoi! après que tant d'illustres médecins, en créant la science des maladies mentales, ont apporté à la justice d'inestimables lumières pour distinguer le crime de la folie, il faudra renoncer à cette distinction! A quoi auront servi les travaux de Pinel, d'Esquirol, de Marc, de Georget, de Morel, de Baillarger, de Renaudin, de Brierre de Boismont, de Tardieu, de Falret, de Foville, de Dagonet, de Magnan et de tant d'autres aliénistes, hommes de cœur et de talent, qui ont voulu « élever les aliénés à la dignité des malades », et les distinguer des criminels responsables, si on les confond désormais avec les criminels, en disant que tous les criminels sont des aliénés ou des dégénérés?



Si le médecin-expert veut conserver auprès des tribunaux sa légitime autorité, qu'il se garde de la compromettre par des exagérations, des théories paradoxales systématiques. Les craintes que j'exprime à cet égard ne sont pas sans fondement; je vois qu'elles sont aussi éprouvées par M. le D^r Ball. Si, après avoir soutenu l'irresponsabilité absolue des aliénés dans son *Traité des maladies mentales*, le savant professeur de l'École de médecine est revenu à la théorie de la responsabilité partielle, c'est parce qu'il redoute le danger de l'impunité, que quelques médecins voudraient accorder aux vicieux, aux alcooliques, aux excentriques et aux déclassés. (*L'Encéphale*, 1886, p. 534.) Il craint qu'ils ne trouvent des médecins toujours prêts à ne voir en eux que des malades irresponsables, et, pour éviter que l'impunité ne soit accordée à ces privilégiés du vice, il propose d'adopter la théorie de la responsabilité partielle. Si la crainte exprimée par M. le D^r Ball est fondée, sa conclusion ne me paraît pas logique. De ce qu'il y a quelquefois des médecins qui confondent les vicieux avec les aliénés, il ne s'ensuit pas qu'il faille rendre les aliénés partiel-

lement responsables ; il suffit que les médecins évitent avec soin la confusion qui est faite quelquefois. Il ne faut pas qu'ils se laissent entraîner « par une philanthropie banale, par une sentimentalité outrée à généraliser la théorie de l'irresponsabilité. Ce serait, comme le dit M. Foville, renoncer volontairement au crédit que leurs témoignages doivent inspirer lorsqu'ils ont à faire reconnaître l'existence d'une véritable aliénation mentale. (*Annales médico-psychologiques*, 1882, p. 453.)

Pour justifier la théorie de la responsabilité partielle des aliénés dans quelques cas, M. Tardieu invoque aussi l'exemple des alcooliques (p. 52). Mais l'alcoolisme n'est pas la folie. D'après notre Code pénal, l'ivresse n'est même pas une circonstance atténuante. De même, « la loi anglaise, considérant combien il est aisé de contre-faire cette excuse, et combien elle est faible, quand même elle serait réelle, ne consent pas à excuser un délit par un autre » (Blackstone). Le nouveau Code pénal italien distingue l'ivresse *accidentelle*, l'ivresse *volontaire*, l'ivresse *habituelle* et l'ivresse contractée pour faciliter l'exécution du délit. Ces distinctions me paraissent indiciennes. Dans les trois premiers cas seulement, la peine est diminuée, dans des proportions différentes, suivant qu'elle est *accidentelle*, *volontaire* ou *habituelle*. Mais elle n'est jamais une cause de justification. L'alcoolisme ne peut être assimilé à la folie.

Mais, me dira-t-on, si l'état d'ivresse ne produit pas l'irresponsabilité, la responsabilité légale peut donc être séparée de la responsabilité morale, car il n'est pas douteux que la liberté morale et la raison de l'homme ivre sont singulièrement amoindries, si elles ne sont pas complètement éteintes. Je réponds : non, même dans ce cas, la pénalité n'est point séparée de la responsabilité morale. Sans doute l'homme qui prend des habitudes d'ivrognerie, comme celui qui se laisse dominer par une

passion, perd une partie notable de ses forces morales ; il arrive un moment où son libre arbitre est en quelque sorte annulé par l'ivrognerie, comme par la passion. Mais n'est-ce pas par sa faute qu'il est tombé dans cet état ? Est-ce qu'il n'est pas responsable de cette dégradation volontaire ? J'ai vu des criminels, parfaitement sains d'esprit, qui, ayant commis un crime sous l'empire d'une violente passion, étaient complètement aveuglés par elle ; ils éprouvaient même une satisfaction extrême à s'être vengés, malgré la condamnation à mort qui les attendait. De ce que la liberté morale ne subsistait plus en eux, au moment où le crime était commis, s'ensuit-il qu'ils n'en fussent pas moralement responsables ? Assurément non ; mais leur responsabilité morale remontait dans le passé, au moment où ils avaient cédé à leur passion, où ils l'avaient entretenue dans leur cœur, la laissant grandir et asservir leur volonté. Pourquoi, dans ces cas, la justice sociale se refuse-t-elle à leur accorder l'impunité, qui est accordée aux aliénés ? Parce que la déchéance morale où la passion les a fait tomber n'est pas le résultat d'un état morbide, mais de la dépravation volontaire.

De ce que le criminel présente quelquefois un état de dégradation intellectuelle et physique qui ne laisse pas subsister une liberté morale entière, il ne faut pas en conclure qu'il n'est que partiellement responsable. Il n'est pas douteux qu'une vie de désordres, d'habitudes crapuleuses, d'ivrognerie, amène des troubles de la sensibilité, un obscurcissement de l'intelligence, un affaiblissement de la volonté. L'homme qui s'est *abruti* devient semblable à la brute ; dominé par ses mauvais instincts, ayant fait taire la voix de la conscience, insensible au remords, il roulera de crime en crime jusqu'au fond d'un abîme de perversité, qui n'est presque plus compatible avec la liberté. Doit-il cesser d'être responsable

légalement? Évidemment non. A-t-il cessé d'être responsable moralement de ses crimes? Non, encore, parce que cet état d'abrutissement moral et intellectuel est la conséquence logique d'une succession de fautes morales, le résultat nécessaire d'habitudes vicieuses volontairement contractées.

Si la justice ne doit accorder l'irresponsabilité qu'à la maladie mentale, elle doit grandement tenir compte des différences que l'âge, le sexe, l'éducation, le milieu établissent entre les accusés. Les facultés ne sont pas réparties également entre les hommes : les uns sont intelligents, les autres faibles d'esprit; les uns ont la fortune, les autres la pauvreté en partage; ceux-ci reçoivent une bonne éducation, de bons exemples, ceux-là n'entendent que des obscénités ou des blasphèmes et n'ont sous les yeux que de tristes exemples. La responsabilité morale de chacun de nous est bien différente; pour l'homme intelligent, instruit et riche, il n'y a pas grand mérite à être honnête. Combien est grand, au contraire, le mérite du pauvre, de l'ignorant, du faible d'esprit! Est-ce que ces divers degrés de responsabilité morale doivent être appréciés par la justice sociale et correspondre à divers degrés de responsabilité pénale? Assurément oui. Le juge, au moyen des circonstances atténuantes, peut et doit proportionner la pénalité au degré de responsabilité morale; la loi lui laisse, à cet égard, la plus grande latitude. Ainsi, en matière correctionnelle, il peut à deux prévenus du même délit infliger, suivant le degré de responsabilité, à l'un une amende de quelques francs et à l'autre un emprisonnement de cinq ans. L'anthropologie criminelle a reproché au législateur de ne pas adapter la peine au prévenu; le législateur, ne connaissant que les faits et non les prévenus, ne peut que classer les faits criminels, d'après leur gravité. Mais c'est le juge qui fait l'adaptation de la peine au prévenu;

c'est lui seul qui peut la faire. M. Falret a reproché aux magistrats de croire tous les hommes identiques et de les juger tous indistinctement, d'après les faits commis, sans tenir compte des différences que la nature et le milieu établissent entre les hommes. Ce reproche n'est pas fondé. Je reconnais que c'est surtout aux travaux des médecins que les magistrats doivent la connaissance de l'influence exercée par le physique et notamment par l'hérédité sur le moral. Gall, notamment, qui n'est pas seulement l'inventeur d'une phrénologie fantaisiste, mais encore un physiologiste et un moraliste remarquable, a écrit des pages fort justes sur l'inégalité des facultés et la nécessité de proportionner la peine aux divers degrés de la responsabilité. Lorsque Gall écrivait, en 1820, ces observations judicieuses, le principe de ces circonstances atténuantes n'existait encore que pour les délits. Mais, depuis 1832, ce principe excellent a été étendu aux crimes. Malheureusement, en fait, le jury ne fait pas ce que font, en général, les tribunaux correctionnels; au lieu d'être indulgent pour les ignorants, les faibles d'esprit et les pauvres, et sévère pour les accusés instruits, intelligents et riches, il fait habituellement le contraire. Contrairement à l'opinion de M. Tarde (*Criminalité comparée*, p. 107), je crois, et je l'ai constaté souvent, que le jury est plus sévère à l'égard d'un accusé mal vêtu, grossier et ignorant, qu'à l'égard de l'accusé instruit, riche et bien vêtu. Cette constatation a été faite plusieurs fois par les statistiques du ministère de la justice; on y voit que l'indulgence du jury s'accroît en raison directe du degré d'instruction des accusés. (V. *Statistique de 1881*, p. 14; *Statistique de 1887*.)

Pour tous les cas qui sont en dehors de l'aliénation mentale (1), le principe des circonstances atténuantes

(1) L'idiotie rentre dans la maladie mentale; c'est un arrêt de

bien appliqué permet de tenir compte des différents degrés de responsabilité. Ainsi, si la faiblesse d'esprit n'est pas accompagnée d'un état pathologique, la responsabilité peut être très atténuée, sans être entièrement supprimée. Dans ce cas, je comprends que le médecin-expert conclue à une responsabilité limitée, c'est-à-dire atténuée, et que la justice appliquant au prévenu des circonstances atténuantes abaisse la peine dans de fortes proportions. Ce sont aussi les conclusions de M. Falret, qui ont été développées par M. Parant dans l'*Encéphale* (1886, p. 543). « Nous devons, dit ce dernier, réclamer l'exonération de tous ceux qui présentent les stigmates de la maladie, tares héréditaires, surexcitations anormales, idées délirantes, et, d'une manière générale, tous les accidents qui relèvent de la pathologie mentale. » Mais si le faible d'esprit ne présente pas les signes d'une disposition morbide, il doit être déclaré responsable, avec des circonstances atténuantes. Dans l'affaire Menesclon, les experts, MM. Lasègue, Brouardel et Motet, tout en trouvant l'intelligence de l'accusé limitée, l'ont à bon droit déclaré responsable. (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1880, p. 445.) Si la justice, dans l'application de la peine, peut se montrer indulgente pour les faibles d'esprit, elle ne doit pas cependant pousser cette indulgence jusqu'à l'impunité.

L'atténuation de la peine, dans les cas où la responsabilité est limitée, n'a pas paru suffisante au législateur italien. Il vient d'édicter, par l'article 47 du nouveau Code pénal, une disposition qui me paraît très dangereuse. « Quand l'état d'esprit, indiqué dans l'article précédent, est de nature à diminuer grandement l'imputabilité, sans toutefois l'exclure, la peine établie pour le

développement de l'intelligence; produit par des lésions encéphaliques. (V. *Leçons sur l'idiotie*, par Aug. Voisin.) Ces lésions ont été aussi constatées par M. Luys.

délit commis est diminuée conformément aux règles suivantes : (Suit dans les quatre premiers paragraphes de l'article 47 l'indication des diverses atténuations de la peine.) Mais, ajoute le dernier paragraphe, « si la peine prononcée est restrictive de la liberté personnelle, le juge peut ordonner qu'elle soit subie *dans une maison de garde*, tant que l'autorité compétente ne révoquera pas cette mesure, auquel cas le reste de la peine sera subi suivant le mode ordinaire ». Si le prévenu a été jugé suffisamment responsable pour être déclaré coupable, est-il admissible que le juge traite le condamné comme un malade et lui fasse subir sa peine dans une maison de garde, c'est-à-dire dans un asile ? Si l'accusé n'est pas suffisamment responsable pour subir une *peine*, si son état mental troublé exige un *traitement*, pourquoi commencer par le déclarer *coupable* ? Il fallait l'acquitter. A mon avis, il y a une contradiction manifeste entre la déclaration de culpabilité et l'internement dans une maison de santé. Encore une fois, s'il y a doute sur la responsabilité du prévenu, acquittez-le et placez-le dans un asile spécial pour les aliénés dits criminels ; mais, si vous le déclarez coupable, ne le traitez pas en malade. L'acquiescement du prévenu, dont la responsabilité n'est pas démontrée, est infiniment préférable à une déclaration de culpabilité suivie d'un traitement. Lorsqu'un prévenu est acquitté, en cas de doute sur son état mental, les principes sont respectés, la distinction du crime et de la folie est maintenue. C'est à l'accusateur à prouver la responsabilité, et, s'il ne fait pas cette démonstration, le doute profite à l'accusé. Mais commencer par déclarer un accusé coupable, et donner ensuite au juge le pouvoir de lui faire subir sa peine dans un hôpital, c'est traiter le criminel en malade, c'est paraître donner raison à ceux qui assimilent le crime à la folie, c'est faire douter de la justice de la sentence, c'est en-

lever à la peine le caractère d'intimidation, qui est un des éléments qu'elle doit avoir, puisque cette peine pourra être convertie en traitement. J'ajoute que cette faiblesse prendra même un caractère d'inhumanité ; car, si après sa condamnation, l'accusé est traité en malade irresponsable, on se demandera pourquoi la justice lui a infligé la flétrissure d'une condamnation. L'asile, qui a été créé en Italie comme il va l'être en France, pour les aliénés dits criminels, ne devrait être destiné qu'à ceux qui ont été renvoyés des poursuites pour cause de maladie mentale, qui ont été l'objet d'une ordonnance de non-lieu ou qui ont été acquittés, comme irresponsables.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE SOLENNELLE DU 28 AVRIL 1890.

Présidence de M. BALL.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. ARNAUD, remerciant la Société de l'avoir élu membre titulaire à la dernière séance.

M. SOUZA-LEITE, membre associé étranger, offre à la Société un ouvrage intitulé : *De l'acromégalie ou maladie de Marie*.

M. J. FALRET dépose sur le bureau le volume qu'il vient de publier : *Les aliénés et les asiles d'aliénés. Assistance, législation et médecine légale*.

Rapport sur le Prix Moreau (de Tours).

M. DUPAIN. — Messieurs, je viens en qualité de rapporteur de la Commission (1) du Prix Moreau (de Tours) vous rendre compte du résultat de notre examen.

Il est souvent malaisé de décerner un prix, et c'est parfois un périlleux honneur, mais la tâche est bien plus difficile lorsqu'au nombre des candidats vient s'adjoindre le réel mérite de chacun d'eux.

Que si à la lecture d'un livre scientifique on aime à y retrouver les idées qui nous sont familières, ou les doctrines et les théories auxquelles nous nous rallions le plus volontiers, il serait imprudent pour l'impartialité

(1) La Commission du Prix Moreau (de Tours) était composée de MM. Moreau (de Tours), Ballet, Dubuisson, Saury, Dupain.

d'un juge, de s'en tenir à ses données seules et de prendre une décision en s'appuyant sur une base aussi restreinte. Pour formuler un jugement, il est nécessaire de faire intervenir d'autres éléments d'appréciation : le travail personnel de l'auteur, la valeur des matériaux mis en œuvre, l'idée dominante qui se dégage de l'ensemble de l'ouvrage. C'est dans cette voie que s'est engagée votre Commission.

Le concours de cette année a été particulièrement brillant et remarquable. Cinq thèses inaugurales ont été soumises à l'examen du jury, renfermant chacune des qualités diverses sur des sujets différents et portant toutes l'empreinte du travail personnel de leur auteur.

Sur les cinq ouvrages présentés, deux étaient consacrés à la pathologie nerveuse ; le sujet des trois autres appartenait plus spécialement au domaine de la pathologie mentale. Dès lors, un premier choix s'imposait. Devait-on apprécier ensemble les thèses de pathologie nerveuse ? puis mettre à part les thèses de pathologie mentale, objet d'un jugement distinct, et réserver le prix aux aliénistes, dont les travaux se rapportent davantage aux occupations ordinaires de votre Compagnie ? Tel n'a pas été l'avis de votre Commission et les cinq thèses présentées ont été également admises au concours.

Nous citerons pour commencer la thèse de M. le Dr Séverin Icard, intitulée : « Contribution à l'étude de l'état psychique de la femme pendant la période menstruelle, considérée plus spécialement dans ses rapports avec la morale et la médecine légale. »

Dans l'introduction, l'auteur expose qu'il existe beaucoup de malades parmi les criminels. C'est par l'étude de l'aliénation mentale et de la médecine légale que nous apprenons à les connaître, et montrant le but et l'importance du sujet traité, il formule cette proposition qu'il donne à la fin comme conclusion : « La fonction menstruelle peut par sympathie, surtout chez les prédisposées, créer un état mental variant depuis la simple psychalgie, c'est-à-dire, le simple malaise moral, la simple inquiétude de l'âme jusqu'à l'aliénation, à la perte complète de la raison, et modifiant la moralité des actes depuis la simple atténuation jusqu'à l'irresponsabilité absolue. »

L'ouvrage est divisé en deux parties : la première traite des psychoses menstruelles en général ; la seconde des psychoses menstruelles en particulier. Il est question dans la première partie de la sympathie génitale et par suite, de la sympathie menstruelle, c'est-à-dire des rapports entre la fonction menstruelle et les fonctions psychiques. M. Icard examine l'opinion d'un grand nombre d'auteurs, et fait une abondante division en chapitres, en sous-chapitres, en paragraphes, mais à vrai dire, rien de bien nouveau ne nous est révélé. Dans la deuxième partie, nous passons en revue les rapports de la menstruation avec la kleptomanie, la pyromanie, la dipsomanie, la monomanie homicide, la monomanie suicide, l'érotomanie, la nymphomanie, le délire religieux : aujourd'hui, autrefois ; la manie aiguë, le délire innominé ; les impulsions diverses : la jalousie morbide, l'illusion ; l'hallucination ; la mélancolie. La thèse est terminée par des dissertations diverses sur le rôle de la femme dans la famille et la société durant la puberté, à la période active, à la ménopause. La femme devant les tribunaux : responsabilité et menstruation. Certes un sujet aussi vaste pouvait prêter à d'ingénieuses remarques et à d'instructifs développements. Il semblerait que l'auteur, voulant prouver que l'état menstruel suffisait seul à déterminer l'aliénation mentale, ait réuni tous les documents relatifs à cette fonction de la femme, pour en déduire sa démonstration ; mais la lecture du livre n'apporte pas suffisamment cette conviction, et les conclusions indiquent que c'est surtout chez les prédisposées, que la menstruation occasionne le délire. Les citations ou les observations, empruntées un peu partout, avec plus ou moins de bonheur, sont simplement reliées par des pages purement littéraires. L'auteur a consulté, dit-il, des aliénistes, des prêtres confesseurs ou directeurs de couvent de femmes, des directrices de pensionnats ou de refuges, des accoucheuses, des femmes du monde. Il fait un égal profit des notes tirées des recueils scientifiques, ou provenant de romanciers, de philosophes, de poètes, etc. Votre Commission aurait désiré un meilleur discernement des autorités scientifiques, une plus grande rigueur dans l'interprétation des documents. Cet ouvrage apparaît

comme une sorte de compilation et laisse mal voir l'examen du malade, l'observation attentive de l'aliéné, la recherche pathologique. En somme, la partie véritablement scientifique resterait un peu faible, si l'on retranchait les pages consacrées à la littérature, car parfois l'auteur cède bien facilement aux entraînements des réminiscences classiques, et c'est vraiment s'écarter des données de la clinique que de citer, à propos de la puberté chez les jeunes filles, les quatre premiers vers d'une fable du bon Lafontaine.

Plus modeste en ses proportions, l'« Essai sur le mal de tête » du D^r Johannès Chanmier est meilleur. L'auteur a vu des aliénés, il a vécu près d'eux, il les a étudiés, et dans sa thèse inaugurale il a essayé de coordonner les notions cliniques, acquises au contact des malades, pour faire, à propos du mal de tête, un essai de séméiologie. Il traite principalement de la céphalalgie considérée comme prodromes de l'aliénation mentale. Le chapitre premier est une sorte d'introduction à l'étude de la physiologie pathologique et du siège du mal de tête. L'auteur développe cette théorie qui fait résider le substratum anatomique du mal de tête dans les cellules ganglionnaires sensitives du bulbe et du cerveau. D'après lui, la migraine doit être considérée comme mal de tête et la région postérieure sensitivo-sensorielle du cerveau jouerait un rôle dans la pathogénie de cette affection. Quant à la céphalalgie non migrainense, elle serait très souvent d'origine encéphalique directe. Au point de vue étiologique, les douleurs de tête sont ensuite divisées en trois groupes : *a.* céphalalgies résultant de lésions fonctionnelles, ou somatiques extra-cérébrales et céphalalgies sympathiques; *b.* céphalalgies liées à une altération fonctionnelle ou somatique de l'encéphale; *c.* céphalalgies, manifestations d'un état général constitutionnel héréditaire ou accidentel : diathèses, intoxication, neurasthénie. Enfin, le mal de tête est très souvent un phénomène satellite des troubles psychiques; bien des fois aussi, il marque le début de l'aliénation mentale. Certainement de fort bonnes choses se trouvent contenues dans ce petit volume, mais les données générales sur l'ensemble de la folie paraissent encore un peu vagues dans l'esprit de l'auteur, qui semble se contenter

assez souvent de l'expression générale « aliénation mentale ». Nous formulons d'ordinaire un diagnostic plus rigoureux. On peut prendre intérêt à se rendre compte si le mal de tête paraît dans les prodromes de la paralysie générale, ou prélude à l'accès délirant d'un héréditaire dégénéré, ou encore annonce l'invasion de la folie appelée par les uns délire chronique et par les autres maladie de Lasègue, etc., etc., mais se contenter de dire : malade atteint d'aliénation mentale, maux de tête avant le début de l'affection, c'est trop peu. Beaucoup d'observations personnelles viennent à l'appui des idées émises, un certain nombre bien détaillées, mais d'autres bien écourtées. Cependant, malgré ces défaillances, la thèse de M. Chanmier est une bonne thèse et mérite d'être lue. L'auteur est sur la voie; lorsque son expérience clinique sera mieux affermie, il fera mieux. Son ouvrage constitue d'heureuses prémisses pour des travaux ultérieurs.

Après avoir cité ces deux thèses, nous arrivons maintenant aux ouvrages que votre Commission vous propose de récompenser. Voici d'abord l'excellente étude de M. Huet sur la chorée chronique. L'auteur s'est proposé de rechercher si la chorée chronique avec hérédité similaire doit être séparée de la chorée chronique sans hérédité; si elle constitue une forme morbide autonome ou si elle ne forme au contraire qu'une variété de la chorée chronique. M. Huet arrive à cette démonstration que la chorée que l'on a appelé chorée héréditaire ou chorée de Huntington, n'est pas une maladie à part, autonome, mais une variété de la chorée chronique. L'exposition du sujet est fort claire, l'historique bien fait, et les recherches des cas cités en France et surtout à l'étranger témoignent d'une profonde érudition. Dans l'étiologie, l'auteur fait la part de l'hérédité, de l'âge, du sexe, de la grossesse, du rhumatisme et des affections cardiaques, des émotions morales, du choc nerveux, enfin il étudie les rapports de la chorée avec l'hystérie et l'épilepsie. La symptomatologie, la marche, la durée, le pronostic, le diagnostic, l'anatomie pathologique forment d'intéressants et instructifs chapitres. Les conclusions sont les suivantes : Il existe principalement chez l'adulte et le vieillard une forme chronique de la chorée.

On la rencontre aussi, mais exceptionnellement, chez les enfants et les adolescents. Elle suit une marche lente et progressive, et s'accompagne presque toujours, tôt ou tard, d'un affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire. — Le facteur étiologique qui joue un rôle prépondérant dans sa production est l'hérédité nerveuse, soit l'hérédité de transformation, soit l'hérédité similaire. La chorée chronique présente des troubles moteurs de même ordre que la chorée de Sydenham commune; le plus souvent cependant les mouvements involontaires sont plus lents et, dans la plupart des cas aussi, moins étendus. — La chorée chronique est facile à différencier des autres maladies. Les éléments du diagnostic sont fournis par les caractères des mouvements involontaires, par l'évolution de la maladie, et par la nature des troubles intellectuels qui l'accompagnent habituellement. Il faut éviter de la confondre surtout avec les chorées symptomatiques, la maladie des tics convulsifs et l'athétose double.

Le pronostic est grave, non seulement en raison de la marche graduelle et progressive de l'affaiblissement intellectuel et de l'état de démence auxquels elle aboutit, mais aussi en raison de la tendance à se transmettre par hérédité.

Enfin la nature anatomique de la chorée chronique, comme celle de la chorée de Sydenham aiguë, est encore inconnue. Selon toute vraisemblance, c'est une affection cérébrale, ou cérébro-spinale, dont le siège des lésions anatomiques doit être cherché du côté de la couche corticale des circonvolutions.

Les observations citées à l'appui sont la preuve de l'érudition de l'auteur et de sa compétence clinique, elles sont bien prises, la recherche de l'hérédité est soigneusement faite et les malades bien étudiés. C'est une excellente thèse de neuropathologie, ayant quelques points de contact avec la pathologie mentale et qui sera toujours consultée avec fruit.

Votre commission a placé au même plan les Recherches cliniques de M. Journiac sur le délire hypochondriaque. Il suffit de lire cet ouvrage pour s'apercevoir bientôt qu'il a été écrit par un auteur rompu aux difficultés de la clinique mentale et dont le savoir relève

non seulement des leçons des maîtres, mais encore de l'étude attentive des malades dans leur contact journalier. Il ne se contente pas de noter la symptomatologie délirante d'un aliéné, il cherche au delà, pareil aux pathologistes ordinaires qui ne disent plus seulement qu'un malade est atteint de fièvre, mais recherchent quelle est la nature de la fièvre, quel est le trouble organique qu'il engendre, quel est le processus morbide cause première de son évolution. Il en est de même en pathologie mentale. Au-dessus d'un délire, qui fait immédiatement saillie à l'examen du malade, dit M. Jour-niac, se trouve le terrain mental sur lequel il évolue. Cet état mental est-il équilibré ou déséquilibré? Le malade présente-t-il cette pondération, cette coordination des facultés qui le désigne aux yeux de tous comme le type normal? Présente-t-il au contraire une émotivité exagérée, une mémoire insuffisante, a-t-il enfin une déficteuosité psychique qui le marque au coin de la dégénérescence? Est-il affaibli? Et s'il est affaibli, l'est-il en partie ou en totalité; en partie, comme dans les lésions circonscrites, dans l'aphasie par exemple, ou en masse comme dans la paralysie générale? Après avoir ainsi défini le terrain mental, l'auteur recherche l'idée délirante. Est-elle simple? Comment a-t-elle évolué? Y en a-t-il plusieurs, sont-elles coordonnées ou dissociées? Est-ce que l'une d'elles est prépondérante? La raison finale de la thèse est d'exposer les résultats de l'application de cette méthode d'investigation clinique à l'étude de l'hypochondrie. C'est dommage que l'auteur, pour des raisons qui ne font rien à l'affaire, ait restreint son sujet à l'examen de la seule hypochondrie corporelle, qu'il considère comme symptôme et qu'il étudie chez les dégénérés, chez les déments, dans le délire chronique et dans la mélancolie. Il arrive à ces conclusions que l'hypochondrie est un trouble intellectuel, qui porte l'individu à se préoccuper continuellement de sa santé et à attacher à ses sensations réelles ou imaginaires une importance exagérée. La neurasthénie doit être rapprochée de l'hypochondrie des anciens, mais elle est absolument distincte de l'hypochondrie des modernes. Elle peut engendrer l'hypochondrie; mais celle-ci, pour atteindre un certain développement, demande un terrain intellectuel

spécial, qui lui est offert, le plus souvent, par la dégénérescence mentale ou par l'affaiblissement psychique. Ainsi réduite à l'état de symptôme, l'hypochondrie n'a de valeur diagnostique que par l'état mental sur lequel elle se greffe.

Tel est cet ouvrage dans lequel apparaît l'expérience professionnelle de l'auteur et sa valeur d'aliéniste. Les observations personnelles sont minutieusement et éliminiquement étudiées. Il serait superflu d'en faire l'éloge.

Si M. Jurnia avait donné à son travail l'entier développement qu'il comporterait, il aurait sans aucun doute remporté le prix. Cette thèse, telle qu'elle est, est excellente et forme les premières assises d'un vaste monument. En la comparant à celle de M. Huet, on peut mettre en balance leurs mérites respectifs. L'une est consacrée à la pathologie nerveuse, l'autre à la pathologie mentale. Toutes les deux méritent plus qu'une citation pure et simple, et comme elles sont également bien faites, votre commission est d'avis de décerner, *ex æquo*, à chacun des deux auteurs une mention très honorable.

La thèse de M. Blocq sur les contractures renferme toutes les qualités des deux thèses précédentes et encore quelque chose de plus. C'est assez dire sa haute valeur et sa portée scientifique. En effet, depuis la thèse de concours de M. le professeur Strauss, publiée en 1875, c'est le seul travail d'ensemble sur les contractures. M. Blocq divise son sujet en trois parties. La première, consacrée à l'étude symptomatique générale des contractures, a pour but d'établir une scission complète entre des états musculaires anatomiquement et physiologiquement différents, confondus en clinique sous le nom de contractures. La seconde partie traite de la contracture spasmodique en général considérée comme entité morbide, et dans cet ensemble un type particulier, la contracture spasmodique d'origine articulaire est spécialement étudiée et fournit l'occasion à l'auteur d'exposer ses recherches personnelles. La troisième partie s'occupe des rigidités musculaires rangées à tort sous le nom de contractures ou non encore classées. Le nom de pseudo-contractures leur est attribué. Tel est l'exposé sommaire des grandes divisions de cet ouvrage dont il nous faut citer les remarquables conclusions.

Étant donné que l'on confond sous le nom de contractures la plupart des états morbides des muscles, caractérisés par la rigidité permanente et involontaire, il convient de différencier les contractures en deux catégories distinctes : au point de vue clinique, selon qu'il existe ou qu'il n'existe pas de phénomènes spasmodiques ; au point de vue physiologique, selon que le système nerveux intervient ou non pour les réaliser ; au point de vue anatomique, selon que les altérations de la substance musculaire ne sont pas ou sont manifestes. De là, l'étude et la démonstration de l'entité séméiologique désignée sous le nom de contracture spasmodique. Puis l'exposé des pseudo-contractures représentant les états morbides divers du muscle qui n'ont de commun avec la contracture spasmodique et entre eux que le caractère banal de la rigidité.

La contracture spasmodique a pour caractères cliniques : la sensation d'élasticité spéciale qu'elle offre, sa localisation sur des associations fonctionnelles des muscles, sa tendance à la généralisation, l'exagération des réflexes tendineux qui la précède ou l'accompagne, sa disparition pendant la narcose chloroformique. La contracture spasmodique ne répond pas à des lésions anatomiques des muscles, mais à diverses atteintes du système nerveux réalisant l'irritation des cellules des cornes antérieures de la moelle, à laquelle elle correspond physiologiquement, que le mécanisme de cette irritation soit, du reste, direct (toxiques, absence d'inhibition) ou indirect (nerfs périphériques, centripètes, faisceau pyramidal). La contracture spasmodique, étudiée en particulier au cours des affections articulaires où elle se rencontre, survient d'habitude au début dans beaucoup de maladies des jointures, en particulier dans le rhumatisme noueux, disparaît à une certaine période sous diverses influences nerveuses centrales ou périphériques, et est remplacée souvent par des altérations des tissus péri-articulaires qui la simulent en maintenant les attitudes viciennes. La contracture spasmodique offre cette particularité intéressante de son évolution, de se compliquer, dans certains cas, de la rétraction fibreuse des tendons (peut-être par rupture et cicatrisation des fibrilles tendineuses) qui rendent définitive, après sa

disparition, les déformations qu'elle a occasionnées et ne sont justiciables que d'une opération contre-indiquée au point de vue thérapeutique en tout autre cas.

Quant aux pseudo-contractures, elles s'observent au cours de la plupart des traumatismes et des inflammations des muscles, lors de certains troubles circulatoires de la maladie de Parkinson, des amyotrophies primitives, et sont caractérisées cliniquement par la sensation de rigidité spéciale qu'elles offrent au toucher, leur localisation irrégulière, l'absence de tendance à la généralisation, la non-exagération des réflexes, leur non-disparition pendant la narcose chloroformique.

La pseudo-contracture ischémique survient au cours de la suspension prolongée de l'apport du sang artériel ; elle est caractérisée par de la rigidité du membre atteint, son refroidissement, etc., et causée par une modification matérielle de la fibre musculaire. L'auteur a pu déterminer quelques signes morphologiques de cette altération musculaire, et en donne de fort belles planches.

La pseudo-contracture de la paralysie agitante apparaît au début ou au cours de la maladie de Parkinson, quelquefois la constitue à elle seule, le tremblement faisant défaut ; elle est caractérisée par une raideur particulière, l'absence de spasmes, ... etc., et pourrait pour ce motif dépendre d'altérations de la substance musculaire, ainsi que les résultats de l'examen le font supposer.

La pseudo-contracture des myopathies primitives s'observe dans la plupart des cas de ces amyotrophies ; elle est caractérisée par la dureté ligneuse des muscles atteints, sa distribution, ... etc., est en rapport avec la myosite atrophique et scléreuse du faisceau musculaire. La transformation fibreuse fixant les déformations produites tout d'abord par la différence d'impotence motrice des antagonistes atteints. »

Après cette lecture, Messieurs, notre appréciation sera courte. Vous voyez ce que vaut, au point de vue scientifique, cet ouvrage dans lequel les moindres détails sont minutieusement étudiés, et qui prend rang parmi les meilleurs travaux sur la matière. Les observations cliniques des malades, les recherches d'anatomie microscopique révèlent un incontestable savoir, l'auteur s'y montre distingué neuropathologiste et vous devez

lui attribuer, sans conteste, la plus haute récompense.

En conséquence, votre Commission vous propose, à l'unanimité, de décerner :

1° A M. le D^r Blocq le prix Moreau (de Tours).

2° *Ex æquo*, et par ordre alphabétique, à MM. les D^{rs} HUET et JOURNIAC une mention très honorable avec inscription spéciale donnant à chacun d'eux le titre de lauréat de la Société médico-psychologique.

A propos des conclusions de ce rapport, une discussion à laquelle prennent part MM. Ritti, Ball, Legrain, Dupain et Paul Garnier, s'engage sur la question de savoir si le fait d'obtenir simplement une récompense et non un prix, donne droit au titre de lauréat. A la majorité des membres présents, la Société décide que ce titre ne doit être réservé qu'aux candidats à qui a été décerné un prix.

En conséquence, le prix Moreau (de Tours) est décerné à M. le D^r Blocq, et une mention très honorable est accordée à MM. les D^{rs} HUET et JOURNIAC.

Rapport sur le prix Esquirol.

M. J. SÉGLAS. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Baillarger, Falret, Ritti, Mitivié, Séglas, à l'effet d'examiner les mémoires présentés au concours pour le prix Esquirol et de vous présenter un rapport à ce sujet.

Deux mémoires ont concouru.

Le mémoire n° 1 traite des *ictus congestifs dans le cours de la paralysie générale*.

Ces ictus qui précèdent ou accompagnent la paralysie générale peuvent, au point de vue de la forme, revêtir deux aspects principaux, apoplectique ou convulsif. Le plus souvent, ils surviennent brusquement : dans d'autres cas, plus rares, ils sont en quelque sorte annoncés par des phénomènes précurseurs. Les uns, du domaine psychique, rentrent dans le cadre des troubles intellectuels observés d'ordinaire à la période prodromique de toutes les formes de la paralysie générale. Les prodromes physiques sont plus nets et plus variés. Souvent ce sont des céphalalgies violentes et persistantes, s'accompagnant parfois d'un état sub-

fébrile. On peut également rencontrer ces syndromes spéciaux, désignés récemment sous le nom d'épilepsies sensitives, revêtant trois types différents (facial, brachial, crural) et se montrant généralement du côté où se produira plus tard l'hémiplégie. On a pu également noter des troubles précoces dans le domaine des sens spéciaux (vue, ouïe, odorat), ainsi que, du côté de la motilité, quelques symptômes d'ordre spasmodique, en particulier des crampes douloureuses.

Le plus souvent, l'attaque est brusque ; à ce propos, l'auteur réduit à sa juste valeur l'élément traumatisme dans l'étiologie de la paralysie générale, le considérant comme secondaire le plus souvent. Puis vient une description clinique des symptômes de l'attaque.

Je ne puis entrer ici dans les détails de cette description, ni dans ceux de la statistique donnée dans ce mémoire. Je dirai brièvement que sur 65 paralytiques généraux observés en dix mois, l'auteur a noté 52 cas d'ictus, se décomposant mi-partie en ictus avec hémiplégie, mi-partie sans hémiplégie, mais avec attaques convulsives. Le nombre des hémiplégies droites est double de celui des gauches. On ne peut tirer de conclusions fixes sur l'action de ces ictus sur la durée de la maladie. Cependant, la lecture des observations montre qu'un ictus semble en appeler d'autres et que, d'autre part, les ictus convulsifs semblent d'un pronostic plus grave que les ictus apoplectiformes. Dans 22 cas où l'on a pu recueillir les antécédents, on a trouvé des accidents congestifs 12 fois chez les ascendants, 8 fois chez les collatéraux ; enfin, on a pu noter aussi plusieurs fois, chez les ascendants des malades, des accidents hémiplégiques ou épileptiques. Quant à la forme de paralysie générale dont les malades observés étaient atteints, c'était 21 fois la forme expansive, 1 fois la forme circulaire, 16 fois la forme démente, 14 fois la forme hypocondriaque.

Outre les symptômes de l'ictus que l'auteur étudie, notamment les courbes thermométriques dont il donne de nombreux exemples, outre les phénomènes consécutifs à l'attaque tels que congestions passives, troubles trophiques variés, altérations du fond de l'œil, etc., il examine également les symptômes se présentant en

dehors de l'attaque et plus particuliers aux paralytiques avec ictus. C'est ainsi qu'il signale les altérations cardiaques, les modifications du tracé sphymographique, la fréquence des congestions viscérales, certaines hémorragies (hématémèse, hématurie, flux hémorroïdaire). Puis vient un chapitre consacré au diagnostic différentiel avec les attaques hémiplegiques ou convulsives vulgaires, avec les accidents cérébraux de la syphilis, de l'alcoolisme, du saturnisme, avec les comas diabétique, urémique, etc... A ce propos, l'auteur insiste sur le caractère fugace des symptômes qu'il étudie, sur l'absence d'hémianesthésies nettes, sur l'absence très fréquente d'aphasie dans les hémiplegies droites, et sur leur présence possible dans les hémiplegies gauches, etc.

Telles sont succinctement les déductions que l'auteur tire de l'examen des observations qu'il rapporte et qui ne font que confirmer ce que nous savions déjà à ce propos. Les observations nouvelles citées à l'appui sont au nombre de cinquante-deux, et la plupart d'entre elles constituent des documents très sérieux, non seulement pour la question spéciale traitée dans le mémoire, mais encore pour l'étude plus générale de la péri-encéphalite chronique. Nous n'avons qu'un regret à exprimer à ce sujet, c'est qu'elles concernent toutes des hommes, et nous eussions aimé à voir figurer à côté de la statistique donnée dans le mémoire, une statistique de cas analogues observés chez la femme.

L'auteur du mémoire n° 2 a choisi pour sujet : « *De l'idée de persécution dans la mélancolie ordinaire et dans le délire des persécutions.* » Les malades étudiés sont classés en trois catégories : dégénérés, persécutés vrais ou délirants chroniques, mélancoliques.

Chez tous, l'idée de persécution prise en elle-même se présente, dit l'auteur, avec des caractères semblables, mais elle diffère par le mode de début et l'évolution.

Chez le dégénéré, elle débute subitement, sans prodrome, puis, une fois installée, elle varie sans cesse, n'acquiert que rarement une fixité relative, et se mélange à des idées ambitieuses ou hypocondriaques. Elle disparaît rapidement, mais peut se représenter plus tard.

Chez le persécuté vrai ou délirant chronique, l'idée

de persécution apparaît lentement après une période d'inquiétude préalable ; elle se systématise, devient précise dans ses moindres détails, revêt un aspect de vraisemblance et emprunte au caractère égoïste du malade des allures particulières : plus tard, elle fait place plus ou moins complètement à des idées ambitieuses.

Chez le mélancolique, l'idée de persécution peut débiter en même temps que le délire, d'une façon subite ou progressive ; le plus souvent, elle se greffe sur ce délire qui a débuté avant elle ; elle se développe régulièrement, mais reste à l'état d'ébauche simple, sans détails ; en même temps le malade s'accuse, et réagit contre lui et présente un facies spécial aux mélancoliques.

Plus tard, l'idée de persécution disparaît avant le délire mélancolique en laissant après elle une sorte d'amnésie spéciale, le malade ne s'en souvenant que d'une façon très vague, très peu précise.

Comme vous le voyez, messieurs, par ce très rapide exposé, l'auteur reproduit dans son mémoire les idées exprimées dans nos discussions par plusieurs de nos collègues relativement aux caractères du délire des dégénérés, des persécutés type, des mélancoliques. Il ne nous appartient donc pas de faire de critique à ce sujet ; mais ce que l'on peut reprocher au travail que nous examinons, c'est de ne pas justifier complètement son titre. En effet, l'auteur nous expose les caractères généraux et l'évolution du délire des trois espèces de malades qu'il a en vue, beaucoup plutôt que les caractères spéciaux ou l'évolution de l'idée particulière de persécution dans chacune d'elles.

Il nous présente des considérations intéressantes sur l'association de l'idée de persécution avec les autres idées délirantes des différentes catégories de malades qu'il examine ; mais il ne recherche pas les caractères particuliers imprimés par ces associations diverses à l'idée de persécution considérée en elle-même. De plus, le diagnostic de ces idées de persécution avec des idées semblables à première vue, mais différentes au fond, telles par exemple que les craintes d'accusation, n'a pas été faite non plus par l'auteur. Cela ressort nettement de la lecture de certaines des observations relatives aux mélancoliques, où la confusion nous a paru avoir été

faite. D'ailleurs d'une façon générale, toutes ces observations, au nombre de trente-six, ont été surtout prises au point de vue de l'évolution de la maladie et sont parfois peu détaillées en ce qui regarde la symptomatologie, surtout pour ce qui touche à l'idée de persécution ou aux idées qui s'en rapprochent. Leur classement aussi ne laisse pas parfois que de causer quelques surprises, et par exemple, certaines observations placées dans le groupe des persécutés dégénérés pourraient tout aussi bien figurer dans le groupe des mélancoliques persécutés. Quant à l'amnésie des détails de l'idée de persécution qui est présentée comme un signe capital de diagnostic en faveur de la mélancolie, cela nous paraît exagéré : et certains malades de la première catégorie, débiles à idées de persécutions mal systématisées, peuvent oublier aussi parfaitement lorsqu'ils guérissent les détails de leur délire antérieur. Je signalerai enfin la comparaison de l'idée de persécution du mélancolique à une suggestion imposée à un hystérique en état de somnambulisme provoqué. L'auteur a fait lui-même des réserves à ce sujet : nous ne pouvons que le féliciter de sa prudence, et l'engager à ne pas se hasarder dans des théories aussi hypothétiques.

Ce sont, Messieurs, ces quelques considérations que je viens de vous exposer qui ont déterminé le vote de votre commission qui, à l'unanimité des voix, a classé en première ligne le mémoire n° 1 (Des ictus congestifs dans le cours de la paralysie générale) et vous propose de lui décerner le prix Esquirol.

Mais, considérant également les qualités du mémoire n° 2, qui dénote un travailleur consciencieux, un clinicien sérieux, au courant des progrès de la pathologie mentale, votre Commission, pour reconnaître ses efforts, vous demande par ma voix de lui attribuer une mention honorable.

Le prix Esquirol est décerné à M. MARIE, interne de l'asile de Villejuif; une mention honorable est accordée à M. BLIN, interne du même asile.

Rapport sur le prix Belhomme.

M. LEGRAIN. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. J. Voisin, Marandon de Montyel, Vallon, Chaslin et Legrain, à l'effet de présenter à vos suffrages un lauréat pour le prix Belhomme. Cette Commission, après s'être réunie et avoir pris connaissance du seul mémoire qui a concouru, m'a fait l'honneur de me désigner comme son rapporteur.

Ma tâche a été facile et agréable, Messieurs; facile, car il est rare de trouver un mémoire de concours d'une forme aussi soignée et aussi élégante; agréable, car le fond répondait à la forme. Le sujet proposé par la Société était intitulé : *De l'état mental et du délire chez les idiots et chez les imbéciles.*

Ainsi posée la question était assez exactement limitée; elle éliminait les caractères morphologiques, anatomiques de l'idiotie et de l'imbécillité, et restait cantonnée dans l'étude des signes intellectuels de ces deux états. Or, vous le savez, cette étude a été poussée très loin; pour ne pas citer tous les travaux qui ont paru sur le sujet, nous nous contenterons de rappeler parmi les plus importants ceux de Delasiauve, Séguin et Chambard. Sans vouloir dire que tout a été écrit sur la question, ce qui serait peu scientifique, il est bon de reconnaître tout au moins qu'il était difficile, après des travaux aussi remarquables, de dégager de l'observation clinique quelque-une de ces originalités qui font époque dans l'histoire d'une maladie.

L'étude du délire chez l'idiot et chez l'imbécile est très limitée aussi, mais pour d'autres raisons. On peut dire, en effet, que le pouvoir délirant d'un aliéné est en raison directe de ses moyens intellectuels; en d'autres termes, pour faire les frais d'un délire, c'est-à-dire d'une manifestation psychique morbide, il faut un substratum intellectuel suffisamment organisé pour la réaction. Or, par définition, l'idiot et l'imbécile sont si pauvres d'esprit que les troubles délirants qu'ils présenteront seront toujours élémentaires, peu compliqués, en même temps que peu fréquents. Aussi ne devait-on pas s'at-

tendre à trouver une œuvre de longue haleine sur ce chapitre. C'est dans une autre direction que votre Commission a pensé trouver l'intérêt culminant du sujet que vous avez proposé; c'est, d'une part, dans les considérations médico-légales que peut inspirer l'étude de l'état mental de l'idiot et de l'imbécile; d'autre part, dans la thérapeutique à appliquer à ces états. On ne peut, en effet, aujourd'hui, traiter à fond un sujet de médecine mentale sans considérer l'aliéné que l'on étudie dans sa réaction vis-à-vis de la société, sans évaluer par conséquent son degré de responsabilité; d'autre part, une étude de pathologie doit aboutir à des conclusions pratiques, sous peine de demeurer une œuvre de science pure du plus grand intérêt sans contredit, mais incomplète. Ces deux chapitres rentraient au premier chef dans le sujet à traiter, et c'était, à vrai dire, le bon moyen de le rajeunir. Nous aurons à déterminer plus loin dans quelle mesure l'auteur du mémoire a satisfait aux desiderata de votre Commission, lorsque nous aurons fait connaître dans une analyse succincte, les différents points de l'intéressant mémoire que nous avons en à critiquer.

L'auteur divise son travail en huit chapitres. Le premier est consacré à l'étude générale des arrêts de développement psychiques et à des considérations anatomo-pathologiques sur l'idiotie et l'imbécillité.

Le développement cérébral peut être dévié, ralenti ou arrêté soit par des lésions destructives (scléroses, méningite, encéphalite), soit par la persistance d'un état foetal ou infantile (trouble d'évolution sous la dépendance d'intoxications chroniques ou de tares psychopathiques des générateurs). Ces causes diverses peuvent se combiner. L'idiotie et l'imbécillité sont les plus accusés des états dégénératifs survenus sous ces influences.

L'idiot présente des vices de conformation physique et des imperfections psycho-motrices et sensorielles. Il n'a ni l'intelligence élémentaire du faible d'esprit, ni les instincts très complexes des animaux. Son activité est très restreinte, elle est limitée souvent à l'automatisme de quelques centres sensitifs et d'un centre moteur.

L'imbécile a des lacunes cérébrales moins nombreuses

et moins profondes. Il est privé des facultés dites supérieures et du sens moral.

Suivent des considérations anatomo-pathologiques très complètes et assez étendues. L'auteur y étudie l'influence du siège des lésions, de l'âge auquel elles surviennent, de leur diffusion, de leur localisation, de leur symétrie. Les lésions diffuses s'accompagnent d'une idiotie très profonde; les lésions symétriques entraînent une idiotie complète; les lésions unilatérales, même les plus étendues, ont des conséquences bien moins graves.

Les deux chapitres suivants sont consacrés à l'état mental et au délire chez l'idiot. *L'idiot complet* est comparable à un anencéphale. Chez lui coexistent fréquemment l'épilepsie, les paralysies, les contractures, les troubles trophiques. Absence totale de vie de relation; existence végétative; absence parfois de certains mouvements dits instinctifs.

L'idiot proprement dit présente quelques traces de vie cérébrale. L'auteur étudie successivement avec beaucoup de soin et d'une façon très complète les anomalies de la sensibilité : la vision, l'audition, le goût, l'odorat, le tact, les sensations sexuelles, les fonctions motrices, les fonctions psycho-motrices, le langage et ses nombreuses anomalies, puis les facultés intellectuelles proprement dites : la mémoire, l'imitation, l'imagination, les sentiments affectifs, l'émotivité. Privé des éléments les plus importants de la psycho-génèse par les imperfections de ses centres sensoriels, l'idiot reste isolé du monde extérieur; tous les phénomènes ne sont pour lui qu'une succession sans enchaînement d'images confuses et mal interprétées; tous ces matériaux imparfaits, aucune faculté ne vient les mettre en œuvre. Ses modes de réaction ne sont pas, au point de vue psychique, d'une qualité supérieure à celle de ses modes de sentir. Tantôt les sensations ne se transforment pas en mouvements (idiots inertes); tantôt elles excitent d'une façon contradictoire et désordonnée tous les autres centres moteurs à la fois (idiots versatiles); tantôt elles se bornent à stimuler un centre unique qui répète le même acte monotone (idiots automates).

Le délire chez l'idiot n'existe pas. Son cerveau n'en

peut faire les frais. L'activité cérébrale est même tellement diminuée que souvent le besoin de sommeil ne se fait pas sentir. D'ordinaire, on constate une exagération des modes d'activité habituelle (folie musculaire, agitation, cris; accès de méchanceté, actes de destruction). Rarement on observe ce qu'on pourrait appeler l'excitation ou la dépression intellectuelle. Le délire de l'idiot serait plutôt un délire des actes : meurtres, vols, etc.

Trois chapitres sont maintenant consacrés à l'imbécile. L'auteur passe en revue les troubles psycho-moteurs, puis les facultés intellectuelles. Celles-ci ont été immobilisées à un stade plus ou moins éloigné de la vie infantile; l'arrêt de développement de certaines coïncide avec des développements partiels exagérés. L'imitation, l'imagination, les lacunes morales, l'émotivité, les phénomènes volontaires sont l'objet d'une étude détaillée. Puis l'auteur s'attache plus particulièrement à l'un des modes de l'activité si importants et si fréquents chez l'imbécile : l'impulsion. L'union de l'idée et du mouvement est d'autant plus étroite, la tendance de l'idée à se réaliser en mouvement d'autant plus énergique que l'activité psychique supérieure décroît. Une image forte acquiert, chez un imbécile comme chez un dégénéré émotif, une intensité pathologique et l'acte qui lui correspond se trouve presque fatalement amené, c'est l'impulsion. Les impulsions de toute nature s'observent chez l'imbécile; l'auteur en relate de nombreux cas (pyromanie, impulsions sexuelles, impulsions homicides, etc.).

Ce chapitre est terminé par un sous-chapitre malheureusement écourté sur l'imbécillité dans ses rapports avec la criminalité.

L'imbécile, possesseur d'un certain nombre de facultés cérébrales, peut délirer. Il n'est pas fait pour la vie commune, les rapports sociaux stimulent ses appétits sans lui permettre de les satisfaire. Mal pondéré, incomplet par définition, son cerveau n'a besoin que d'une circonstance insignifiante pour que la désharmonie mentale s'en accroisse et pour qu'on puisse voir, par une exagération de sa propre manière d'être, les impulsions revêtir une forme plus impérieuse, des états maniaques ou dépressifs s'établir, des idées de suicide se manifester. Les causes du délire sont le plus souvent sans importance.

L'imbécile, d'autre part, ne crée rien. Il ne fait que profiter, à sa façon, des matériaux fournis par les acquisitions antérieures. Aussi l'imbécile est-il pauvre d'idées délirantes comme il est pauvre d'esprit. Les hallucinations sont rares, les illusions sont plus fréquentes. L'auteur a noté peu souvent l'excitation intellectuelle, fréquemment au contraire l'excitation maniaque avec logorrhée; il a rencontré encore l'alternance des états maniaque et mélancolique; la manie périodique, la folie à double forme; les tendances mélancoliques, les idées de persécution et les idées ambitieuses. Il ne faut pas s'attendre à trouver chez l'imbécile des idées délirantes systématisées, discutées, défendues. Sous un ensemble mal coordonné de conceptions brusquement écloses, on découvre facilement les imperfections profondes du cerveau qui leur a donné naissance.

L'auteur ne pouvait faire autrement que de terminer son étude du délire par quelques remarques sur l'épilepsie et l'alcoolisme dans leurs rapports avec les troubles délirants de l'imbécillité. La coexistence en est fréquente et il importe de les dissocier cliniquement.

Une étude sur l'atavisme en rapport avec les états d'arriération intellectuelle trouvait naturellement ici sa place. A l'époque où les doctrines transformistes prennent une importance si légitime, toute étude psychiatrique doit se compléter d'un chapitre d'anthropologie. L'auteur du mémoire étudie et critique la théorie de la microcéphalie de Vogt. Il est difficile de concilier l'état mental du microcéphale avec la possibilité de la conservation d'une espèce aussi incapable de prendre part à la lutte pour l'existence. Il n'est pas possible d'admettre que les impulsions des dégénérés ne soient qu'un legs intégralement transmis par des ancêtres très lointains.

Il est inutile de chercher leur raison d'être dans le passé, elle se trouve dans le présent. L'arrêt de développement intellectuel qui permet l'éclosion de ces impulsions est dû tantôt à une lésion, tantôt à un arrêt, de développement cérébral. Il s'agit d'un état pathologique et non atavique. Tout au plus pourrait-on admettre à côté des états tératologiques un petit nombre d'anomalies réellement réversives. En résumé, l'hérédité morbide ne se borne ni à transmettre le passé immédiat, ni à faire

revivre des états ataviques ; elle crée en outre des formes pathologiques nouvelles ou voisines des états ancestraux.

Un dernier chapitre de diagnostic achève le mémoire.

L'analyse très courte que je viens de vous présenter est bien impuissante à vous faire apprécier la valeur réelle de ce travail, qui fourmille de faits intéressants, de détails bien observés, de considérations émanant d'un esprit délicatement analyste. Sa plus grande valeur repose peut-être sur le nombre d'observations personnelles, qui lui ont servi de base et qui en font un document clinique, c'est-à-dire un recueil de faits nouveaux, de matériaux bien groupés et dont on pourra peut-être dans l'avenir tirer plus de parti encore que ne l'a fait l'auteur. Votre Commission, messieurs, a été frappée de la somme de travail et de l'érudition dont a fait preuve l'auteur du mémoire. Soixante-deux observations représentent une contribution personnelle digne de remarque ; d'autre part, l'auteur a su tirer, tant de la littérature scientifique française que de la littérature étrangère, des emprunts heureux, qui, tout en révélant le chercheur éclairé, ont donné à son travail un relief très appréciable. Les matériaux sont abondants, et constituent dans leur ensemble, une véritable encyclopédie de l'idiotie et de l'imbécillité ; ces matériaux ne sont pas accumulés laborieusement par un simple bibliographe, mais interprétés et commentés par un médecin doublé d'un psychologue et d'un penseur. Lorsque j'aurai rappelé que le mémoire est écrit dans une langue élégante, châtiée, sans recherche des effets, vous rendrez avec votre Commission un légitime hommage à cette qualité de lettré qui complète si bien l'homme de science.

Malgré tant d'excellentes qualités, le mémoire n'est pas exempt de critiques. Il est évident que l'auteur, surpris par le temps, n'a pu donner à son travail toute l'ampleur désirable, et n'a pu y mettre la dernière main. Il y manque un peu de méthode ; les chapitres sont mal reliés les uns aux autres, enfin le mémoire se termine un peu brusquement, sans conclusions. D'autre part, quelque soit l'intérêt des deux premiers chapitres, il a paru à votre Commission qu'ils s'écartaient du programme proposé. Trop d'anatomie, trop de consi-

dérations sur les signes physiques de l'idiotie et de l'imbécillité. Votre Commission aurait vu avec plaisir que ces deux chapitres qui ont demandé à l'auteur beaucoup de temps, eussent été remplacés par une étude approfondie de la médecine légale appliquée à l'idiot et à l'imbécile et de la thérapeutique destinée au redressement de ces deux groupes d'arriérés. Ce sont deux lacunes très regrettables; l'auteur les eût certainement comblées avec l'autorité dont il a fait preuve, si son attention eût été attirée de ce côté. Du traitement, il n'en est malheureusement pas question; quant aux considérations médico-légales, on les trouve disséminées un peu partout dans le mémoire, à titre de considérations secondaires et forcément incomplètes. Enfin, se bornant à un exposé très bien fait de nos connaissances actuelles sur l'état mental de l'idiot et de l'imbécile, il apparaît que l'auteur n'a pas eu le loisir d'extraire de ses nombreux documents personnels quelque fait nouveau, saillant, susceptible de faire progresser en avant l'histoire clinique de l'idiotie et de l'imbécillité.

Ces lacunes, dont l'importance ne vous échappe pas, sans pourtant détruire le mérite d'un travail, qui, repris par son auteur, pourra être heureusement complété au grand bénéfice de la nosographie mentale, ont déterminé la majorité de votre Commission à ne pas décerner l'intégralité du prix Belhomme dont la valeur est élevée.

Regrettant que l'auteur du mémoire n'ait pu présenter un travail donnant la juste mesure de sa valeur personnelle, elle a l'honneur de soumettre à votre approbation les deux conclusions suivantes :

1° Une récompense de 600 francs est accordée à l'auteur du mémoire ayant pour devise : « Qui pourrait signaler et décrire toutes les nuances de dégradation qui séparent l'homme qui pense de l'idiot qui n'a pas même d'instinct. » (Esquirol).

2° Il serait bon que les Commissions chargées de juger les mémoires présentés pour un prix, eussent également mission de proposer une question pour le prix suivant, afin de donner aux candidats le plus de temps possible pour leurs recherches.

D'après les conclusions de la Commission, une récompense de 600 francs est accordée à M. Paul SÉRIEUX,

médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse, auteur du mémoire n° 1.

La Société décide ensuite, qu'un prix Belhomme de 600 francs sera décerné en 1891 et charge la Commission de choisir la question à proposer et de faire connaître ses propositions à la prochaine séance.

Rapport sur le Prix Aubanel (1).

M. CHRISTIAN. — Messieurs, la Société médico-psychologique avait mis au concours, pour le prix Aubanel à décerner en 1890, la question suivante : « Des difficultés que présente le diagnostic différentiel de la « paralysie générale avec les différentes formes de la « folie. »

Elle avait pensé que cette question, d'un intérêt pratique non douteux, et toute d'actualité, provoquerait quelques travaux sérieux, dignes d'attirer son attention : il lui semblait aussi que son programme pouvait être facilement rempli.

Que voyons-nous en effet dans nos services ? Des malades, qui, à un moment donné, arrivent avec un ensemble de symptômes identique à celui que nous sommes habitués à constater chez les paralytiques généraux. Mais, tandis que chez les uns la maladie évolue avec ses caractères classiques et nous donne jusqu'à la fin l'image de la paralysie générale, chez beaucoup d'autres au contraire, il se produit à un moment donné une modification profonde dans la marche du mal ; si bien que ceux que l'on considérerait comme des paralytiques généraux finissent par une démence simple, une manie chronique, ou même guérissent complètement.

Ces faits ne sont pas rares : il s'agissait de les réunir, de les grouper ; de rechercher soigneusement ce qui, dans certains cas, provoque l'erreur de diagnostic, ce qui, dans d'autres, permet de l'éviter. Pour arriver à ce but, aucun élément n'était à négliger. C'est dans l'étude attentive des symptômes, de leur marche, de leur enchaînement, que l'on devait espérer de trouver la solution du

(1) La Commission était composée de MM. Dagouet, Garnier, Semelaigne, Vallon et Christian, rapporteur.

problème. L'anatomie pathologique elle-même pouvait éclairer certains cas restés douteux pendant la vie. Enfin il convenait de remarquer que c'est surtout au début des maladies mentales, pendant les périodes d'excitation, que l'embarras du médecin était fréquent.

N'y avait-il pas là de quoi tenter des travailleurs sérieux ? Notre espoir a été déçu, et un seul mémoire a été envoyé au concours.

Disons tout de suite que l'auteur de cet unique mémoire ne paraît pas s'être rendu un compte exact des limites dans lesquelles il devait se renfermer. Il a effleuré une foule de points qu'il pouvait laisser de côté, et aux parties essentielles du problème il n'a pas accordé l'importance qu'elles méritent.

Dans son introduction, après avoir critiqué la dénomination de paralysie générale, qui est certainement impropre, il parle de l'anatomie pathologique, et rappelle les opinions de quelques auteurs contemporains, tels que Schüle et Meschede. Ce chapitre est fort incomplet, et il ne s'en dégage aucune vue originale, rien non plus qui éclaire la question proposée. L'auteur reconnaît d'ailleurs qu'actuellement la clinique seule peut être un guide certain, en quoi nous sommes de son avis. Mais alors pourquoi ne pas interroger la clinique ? J'aime à penser que s'il s'était guidé uniquement sur l'observation du malade, il ne se serait pas cru obligé de traiter longuement du diagnostic différentiel de la paralysie générale avec la *démence sénile* et l'*hystérie*, deux affections pour lesquelles il ne saurait jamais se présenter le moindre doute, la moindre incertitude. Les deux chapitres dans lesquels ce diagnostic différentiel est discuté, n'ont véritablement aucune raison d'être.

Dans le chapitre iv est examinée la théorie de notre vénéré maître, M. Baillarger, sur la folie paralytique congestive, et sur la dualité de la paralysie générale ; puis viennent des considérations, intéressantes sans doute, mais incomplètes, et ne se rattachant que très indirectement au sujet, sur l'hérédité et la cérébralité dans la paralysie générale.

L'ataxie locomotrice, l'encéphalite avec sclérose en plaques, sont étudiées dans le chapitre v. Ici encore, nous sommes obligés de constater que l'auteur ne sait

pas corroborer ses opinions de quelques observations bien choisies et bien caractéristiques.

Dans le chapitre VI, il est question de la syphilis et de l'alcool, ainsi que des états infectieux et toxiques. C'est là qu'il convenait de s'étendre, et de donner une opinion raisonnée et motivée sur les *pseudo-paralysies générales*, dont l'existence est encore si controversée. Malheureusement, quand on croit que l'auteur, arrivé aux parties les plus importantes, je dirai capitales, de son sujet, va nous en faire un exposé complet, il tourne court, et passe, sans conclure, à autre chose.

La courte analyse que vous venez d'entendre, et dans laquelle je ne fais que refléter l'opinion de votre Commission, suffit pour vous indiquer que le mémoire envoyé à la Société ne répond que très imparfaitement à la question mise au concours, et qu'il ne saurait entrer en ligne pour le prix.

Cependant nous avons tous reconnu volontiers que le travail qui nous était soumis ne manque pas de qualités réelles, qu'il est bien rédigé, qu'il témoigne de connaissances sérieuses, et d'un effort louable, et nous avons l'honneur de vous proposer les conclusions suivantes :

1° Il n'y a pas lieu de décerner le prix Aubanel;

2° Une somme de 600 francs sera donnée à titre d'encouragement à l'auteur de l'unique mémoire envoyé au concours ;

3° Le surplus du prix sera reporté au concours prochain.

Une récompense de 600 francs est accordée aux auteurs du mémoire, MM. TH. TATY, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Lyon, médecin à Chessy (Rhône), et F. BELOUS, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Lyon.

La Société décide ensuite qu'un prix Aubanel, de la valeur de 2,500 francs, sera décerné en 1891 et charge la Commission de choisir une question et de déposer son rapport à la prochaine séance.

La séance est levée à six heures.

PAUL GARNIER.

SÉANCE DU 19 MAI 1890.

Présidence de M. BALL.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. Ladame, de Genève, membre associé étranger, assiste à la séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le D^r Sérieux, médecin-adjoint de l'asile de Vancluse, remerciant la Société de la récompense décernée à son mémoire envoyé pour le prix Belhomme.

La correspondance imprimée comprend :

1^o *Les régicides dans l'histoire et dans le présent*; par le D^r Em. Régis ;

2^o *La folie de J.-J. Rousseau*; par le D^r Châtelain ;

3^o De la part du D^r Lemos, de Porto, un travail sur la paralysie générale, et la leçon d'ouverture de son cours clinique des maladies mentales.

M. RITTI dépose sur le bureau les procès-verbaux sommaires des séances du Congrès international de médecine mentale tenu à Paris, du 5 au 10 août 1889, publiées par le ministère du commerce. Il annonce que le compte rendu *in extenso* est à l'imprimerie et paraîtra dans quelques mois.

Rapport sur le prix Aubanel.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, vous avez chargé la Commission qui a eu à se prononcer sur le dernier prix Aubanel, de trouver le sujet à mettre au prochain concours. Votre Commission s'est donc réunie, et, après mûre délibération, elle vous propose la question suivante : *De la folie chez les vieillards.*

Nous savons bien que le sujet n'est pas absolument nouveau, qu'il a déjà été effleuré dans un mémoire auquel l'an dernier vous avez décerné le prix Esquirol. Il nous a semblé cependant qu'il est loin d'être épuisé, qu'il offre encore matière à d'intéressantes recherches,

et qu'en réunissant les faits épars dans la science, en les classant, en les comparant entre eux et avec ceux que l'expérience personnelle des concurrents leur aura permis de recueillir, — il serait possible de faire un travail utile.

Le vieillard qui devient aliéné, n'est pas nécessairement frappé de *démence*. Chez lui peuvent se manifester toutes les variétés d'idées délirantes. Ces délires ont-ils des caractères spéciaux ? Si oui, quels sont ces caractères ?

Telle est, en peu de mots, la manière dont votre Commission envisage son programme, mais sans qu'elle veuille en aucune façon l'imposer aux concurrents. Il est bien entendu que ceux-ci restent entièrement libres de le modifier à leur guise, et de traiter la question comme ils l'entendront, en toute indépendance.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Rapport sur le prix Belhomme.

M. VALLON. — Messieurs, la Commission du prix Belhomme s'est réunie le 12 courant à l'effet de choisir un sujet pour le concours qui sera clos le 31 décembre prochain. Étaient présents : MM. J. Voisin (président), Marandon de Montyel, Chaslin et Vallon ; M. Legrain s'était excusé. La Commission, tenant compte encore une fois des désirs exprimés par le généreux fondateur du prix, après avoir passé en revue les diverses questions proposées, s'est arrêtée à la suivante :

De la vision chez les idiots et les imbéciles.

L'énoncé du sujet est suffisamment clair par lui-même, tel est du moins l'avis de la Commission, pour qu'il n'y ait pas lieu de le faire suivre de commentaires qui constitueraient en somme un véritable plan du travail à produire.

J'ajoute que les décisions de la Commission ont été prises après mûr examen et à l'unanimité des membres présents ; cela dit pour éviter le retour des incidents qui se sont produits à la dernière séance de la Société, à la suite de l'éloge qu'a fait M. Legrain du mémoire auquel la Commission, par quatre voix contre une, n'avait cru devoir accorder qu'une récompense.

Les conclusions du précédent rapport sont adoptées.

*Débilité mentale. — Délire communiqué.
Une famille d'aliénés.*

M. H. COLIN. — Messieurs, l'observation que je vais avoir l'honneur de vous communiquer, et que j'ai recueillie dans le service si intéressant de mon maître, M. le D^r Paul Garnier, m'a semblé mériter votre attention à plus d'un titre.

La malade dont il est question aurait pu, il y a quelques années, passer pour un beau type de délire hystérique. Nous trouvions là, en effet, comme vous le verrez, tous les caractères qu'on attribue à tort, croyons-nous, à ce genre de délire qui pour nous n'est qu'une des modalités du délire des dégénérés, même lorsqu'à côté des troubles mentaux, il existe des stigmates physiques de l'hystérie, ce qui d'ailleurs n'est pas le cas ici.

Mais en étudiant les choses de plus près, nous avons appris que l'affection que nous avions sous les yeux n'avait pas évolué spontanément. Ce n'était pas comme on aurait pu le croire au premier abord, un délire hystérique ou même une poussée d'idées de persécution chez une dégénérée. Il s'agissait ici d'une vieille histoire, — passez-moi l'expression, — d'un délire créé de toutes pièces par la mère, entretenu par le père, et évoluant chez une fille prédisposée à tous les points de vue. C'est, croyons-nous, ce qui va ressortir de l'observation suivante.

Pour garder au cas toute sa physionomie, toute sa saveur, nous le raconterons tel qu'il nous a été révélé, c'est-à-dire en faisant apparaître successivement les acteurs de ce drame intime.

La famille se compose du père, de la mère et de quatre filles, une de vingt-trois ans, notre malade, actuellement à Sainte-Anne, une de quinze ans qui demeure avec ses parents, et deux autres de dix-huit et de neuf ans, qui sont à la campagne chez des parents et que nous n'avons pu examiner. Disons cependant que lorsqu'elles viennent à Paris, elles ne tardent pas à éponser les idées de la mère. Au bout d'un mois, paraît-il, elles sont persuadées de ce que celle-ci leur raconte.

Prenons d'abord notre malade :

OBSERVATION. — Z... Pauline, vingt-trois ans, institutrice, est amenée à l'infirmerie du Dépôt, le 30 avril dernier.

Au premier abord, tout est incohérent dans ce qu'elle raconte. Elle est revenue de la campagne où elle avait été se soigner, parce que tout le monde voulait l'empoisonner.

A Paris, le mal n'a fait qu'empirer. Depuis longtemps ici, ses parents tâchaient de l'empoisonner. Sa mère lui racontait que son père voulait se débarrasser d'elle. D'autre part, la conduite de sa mère lui semblait louche. Cette dernière voulait la faire passer pour une fille de mauvaise vie, voulait faire croire à tout le monde qu'elle était enceinte.

Pour en avoir le cœur net, elle est allée consulter un médecin. Mais, chez ce médecin, les gens de service la regardaient d'un mauvais œil, avaient l'air de la croire enceinte, voulaient la faire entrer de force, etc., etc. N'y tenant plus, elle a été tout raconter au commissaire de police, afin de provoquer une enquête et d'éclaircir les choses. C'est de là qu'elle a été dirigée sur le Dépôt.

Comme nous le disions plus haut, au premier abord, elle fait l'effet d'une hystérique, et il y a quelques années on eut certainement désigné son délire sous le nom de folie hystérique. Elle est mobile, fantasque, pousse des cris affreux lorsqu'il s'agit de la conduire au quartier des femmes. On est obligé de l'enlever et de la porter de force.

Lorsqu'on l'examine, elle parle à tort et à travers, ne s'arrêtant à aucune idée, attachant à la moindre chose une importance énorme. Mais, — ce qui montre bien le caractère mobile de ce délire de dégénéré, — lorsqu'on l'interroge sur son passé, elle répond très bien, très exactement aux questions qu'on lui pose.

Elle n'a pas eu de maladies d'enfance. Elle a été mise en pension à sept ans et demi et y est restée jusqu'à quatorze ans. A cette époque, elle n'avait pas d'idées délirantes, mais une fois sortie, elle s'est souvenue que tous les lundis, — son père étant venue la voir le dimanche, — elle était malade. De même, chez elle, toutes les fois qu'il y avait du monde à dîner, elle était mal à son aise.

Étant dans sa famille, elle voyait continuellement sa mère faire des scènes, pleurer. Elle lui en demandait la raison. La mère d'abord n'avait voulu rien dire, puis elle lui avait avoué que le père voulait les empoisonner.

En premier lieu, la malade s'est refusée à le croire, puis peu à peu la lumière s'est faite pour elle, et alors elle s'est aperçue de bien des choses.

Malgré tout, elle continuait à travailler. Intelligente, sachant plusieurs langues, elle voulait quitter la maison. « C'était

une scie, dit-elle, pour avoir quelques sous avec ma mère. »

Aussi travaillait-elle beaucoup. Souvent elle passait les nuits.

Ayant obtenu, à dix-sept ans, son brevet simple, et à vingt ans et demi son brevet supérieur d'institutrice, le tout dans le but de quitter ses parents, elle partit pour l'Angleterre, où elle se plaça dans une famille comme maîtresse de français.

Mais là elle ne tarda pas à tomber malade. Elle avait des préoccupations hypocondriaques; elle remarquait qu'il y avait des plaques verdâtres sur ses urines. Aussi au bout de trois mois, elle revint en France où elle donna quelques leçons de français. Jamais d'ailleurs, une fois ses études terminées, elle n'a pu avoir d'occupations suivies. Leur durée variait de quelques jours à deux ou trois mois, avec des intervalles pendant lesquels la maladie l'obligeait à se reposer.

Revenue chez elle d'ailleurs, la vie d'autrefois avait recommencé. Sa mère lui montait la tête contre son père; elle-même le soupçonnait de les empoisonner à petites doses, et se torturait l'esprit pour découvrir quelques preuves. Le moindre fait d'ailleurs lui suffisait.

Dans ces derniers temps; elle était tombée réellement malade. Elle se plaignait de sentir un grand poids sur la poitrine, un grand vide dans l'estomac. Elle avait faim, ne mangeait pas, souffrait surtout de l'estomac. Elle avait en somme des symptômes d'une chlorose assez avancée. Le médecin consulté lui donna du bromure. Il n'y eut aucune amélioration; enfin, après des nuits d'insomnies, après des vertiges, elle partit pour la campagne. Elle était si faible qu'elle ne pouvait pas marcher et qu'on fut obligé de la porter pour descendre l'escalier.

A la campagne, chez ses grands-parents, la déséquilibration intellectuelle ne fit que s'accroître. Le délire cependant changea de forme. Au lieu d'accuser simplement son père, elle en arriva à voir des persécuteurs partout. Une fois sur cette voie, elle trouva facilement des faits pour appuyer ses idées délirantes. Elle accusa d'abord sa mère. Elle s'étonnait en effet, en fille intelligente qu'elle était, de voir sa mère, qui continuellement accusait son père, rester cependant en de bons termes avec ce dernier.

Elle se rappela certaines circonstances. Ainsi à Paris sa mère couchait à l'écart de son mari, avec ses enfants, pour mieux les protéger. Elle se souvint alors qu'un matin sa mère l'avait quittée en lui disant qu'elle allait faire le chocolat, pour que son père ne puisse rien y mettre de nuisible.

En se levant un instant après, elle fut fort étonnée de retrouver sa mère dans le lit de son père. Ce fait la frappa beaucoup, et ébranla fortement la confiance qu'elle avait en elle.

A partir de ce moment, elle attache de l'importance aux moindres faits. Ainsi sa mère faisant continuellement des scènes au père au sujet des bonnes, le père s'était écrié un jour : « Les femmes et le poison, vous pouvez mettre ça dans le même sac. » Comme c'était vrai pour les bonnes, dit-elle, ce devait être vrai pour le poison.

Sa mère, pour l'habiller à la mode, lui avait mis un chapeau à brides, et de petits coussins sur les hanches, comme cela arrive souvent avec les toilettes nouvelles. Il n'en fallut pas plus pour faire croire à la fille que sa mère voulait la faire passer pour une femme enceinte.

De même, le père qui est Suisse d'origine, faisait des démarches pour se faire naturaliser. Là-dessus elle bâtit tout un roman, se croit filée par la police, proteste de son attachement à la France, réclame son droit de Française. Comme elle entend parler en même temps de la manifestation du 1^{er} mai, elle mélange le tout, et va déclarer au commissaire de police que ses parents sont en butte aux persécutions des Allemands, qu'ils vont participer à la manifestation, etc., etc.

Elle est d'ailleurs d'une incohérence absolue. C'est un beau type de déséquilibre mentale. Le moindre fait, le moindre bruit prend à ses yeux une importance énorme.

Ainsi, au Dépôt, elle s'est entendue appeler M^{lle} Gabrielle. Aussitôt elle s'est figurée qu'on la prenait pour Gabrielle Bompard. Puis elle a des hallucinations. Dans sa cellule, elle entend crier au feu vers six heures du matin. Elle entend les pompes, sent l'odeur du gaz. Aussitôt, elle crie « au feu, j'étouffe, » casse un carreau avec sa bottine et jette son porte-monnaie par la fenêtre ; on est obligé d'employer la force pour la maintenir.

Ensuite elle voit des lumières et l'idée de Gabrielle Bompard lui revenant, elle se figure qu'on lui fait voir l'assassinat de Gouffé.

Ces hallucinations auraient pu être de nature hystérique. Mais on ne trouve pas chez elle le moindre stigmate, ni hémianesthésie, ni stigmates sensoriels, ni rétrécissement du champ visuel.

Enfin elle n'a jamais eu d'attaques. Elle a eu des étouffements chez elle, dernièrement, est tombée à ce qu'il paraît, mais n'a pas perdu connaissance. Il est bon d'ajouter qu'elle a des palpitations de cœur et un souffle anémique très prononcé. Nous n'avons pas trouvé de signes de dégénérescence physique.

Lorsque nous avons revu cette malade à Sainte-Anne ces jours derniers, elle était déjà fort améliorée. Elle nous avait d'ailleurs englobé dans le nombre de ses persécuteurs, cela à cause de l'interrogatoire que nous lui avions fait subir.

Aussi, étant donnée la forme du délire et son évolution rapide,

doit-on, croyons-nous, se rattacher au diagnostic suivant formulé par M. Garnier.

Dégénérescence mentale avec accès délirant (délire communiqué par la mère, malade depuis vingt ans). Accidents hystéroriformes? Idées de persécution. Extravagances. Conceptions délirantes sans lien et sans fixité. Mobilité. S'est rendue au commissariat de police pour déclarer que ses parents avaient voulu l'empoisonner. — D^r Paul GARNIER.

Passons maintenant à la mère de notre malade, qui est toujours en liberté, et qui, en somme, est la cause active de tout ce délire.

OBSERVATION. — La mère est une grande belle femme de quarante-deux ans, à l'air intelligent.

C'est un enfant naturel, aussi est-elle très sobre de renseignements sur sa famille, et insiste-t-elle au contraire sur les antécédents héréditaires de son mari sur lesquels nous reviendrons dans un instant.

Elle n'a jamais été malade, a été réglée à quatorze ans et demi et l'est toujours régulièrement.

D'après les renseignements fournis par le mari, nous voyons que deux ans après le mariage qui remonte à vingt-cinq ans, la maladie a débuté. Elle avait alors vingt ans, elle n'avait ni attaques de nerfs, ni accès de mélancolie, mais elle prétendait qu'elle mourait à vingt-quatre ans : elle s'en montrait très affectée.

C'est il y a vingt ans, pendant le siège, qu'elle a commencé à dire que son mari l'empoisonnait. En même temps, elle était d'une jalousie extrême à l'égard des bonnes, de tout le monde.

Si on l'interroge elle-même sur ses persécutions, et sur le compte de son mari, elle ne tarit pas en reproches. C'est un homme méchant, taciturne, un criminel ; elle demande à grands cris sa mort, pour qu'on puisse être enfin tranquille.

Ce n'est pas un buveur, mais il a fait des excès de femme. Elle ne pouvait garder personne chez elle, ni bonnes ni ouvrières. Elle avait à ce propos des preuves convaincantes. Ainsi pendant le siège, elle avait vu son mari entrer chez une femme en face. Elle avait surpris des sourires, etc.

Mais ce qu'il y avait de plus fort, c'est qu'ensuite cette fille la suivait partout, au théâtre, au bal : elle se moquait d'elle. Elle croit que son mari faisait exprès de l'emmener pour la narguer. Quant à l'empoisonnement, cela dure depuis vingt ans. On n'a pas idée, dit-elle, des moyens criminels employés par son mari. Ainsi, elle se rappelle fort bien que lorsqu'elle était à moitié endormie, il lui faisait passer des gaz sous le nez. Elle s'était confiée à sa famille qui l'avait engagée à prendre des précau-

tions. Elle ignore les moyens employés par le mari, elle ne connaît pas les poisons, n'ayant jamais étudié la médecine. Mais lui avait des livres de médecine.

En tous cas, le fait de l'empoisonnement est bien réel : la mère nous en cite les exemples suivants.

Il est arrivé plusieurs fois que lorsqu'on allait voir en pension une des filles (notre malade actuelle), le mari préparait un petit goûter. L'enfant avait des vomissements. C'est au point que lorsque le père voulait être aimable avec elle, la petite disait : Mon père est bien aimable, j'ai peur d'être malade.

Une autre fille, à dix ans, avait le teint jaune, des envies de dormir, des pituites, « ce que le médecin, ajoute la mère, avait trouvé très extraordinaire chez un enfant de cet âge. »

Tout le monde, dans la famille d'ailleurs, prend ses précautions contre le père.

Depuis très longtemps, la mère couche dans la chambre de ses filles pour les protéger. Les portes sont garnies de bourrelets pour empêcher le passage des poudres, des gaz.

On ne touche qu'aux aliments auxquels le mari a touché ; on se garderait bien de manger autre chose. Si le mari sort, ne mange pas à la maison, on lave avec soin tous les ustensiles avant de s'en servir. Ma fille, dit la mère, était bien plus intelligente que moi, elle pensait à des choses auxquelles je n'avais pas pensé. Le père aurait pu déposer des poudres sur les assiettes, les fourchettes, dans les draps de lit, etc., etc. La mère garde toujours avec elle le pain et le vin.

Les autres enfants participent d'ailleurs également au délire. Ainsi, la mère cite complaisamment une autre fille de quinze ans sur laquelle nous reviendrons, et qui, dit-elle, n'est pas bête, qui prend ses précautions. Elle se regarde dans la glace, se dit : Pourquoi suis-je jaune comme cela ? Cela lui donne à réfléchir.

Une autre des filles, âgée actuellement de dix-huit ans, élevée chez les grands-parents, n'a pas de ces idées. Mais lorsqu'elle vient à Paris, en voyant tout ce manège, elle ne tarde pas à subir la loi commune, et, au bout d'un mois, elle devient malade et demande à s'en aller.

On voit la situation intolérable de la famille. Il y a des moments de détente ; quelquefois le mari a ce que sa femme appelle des moments de lucidité. Cela, lorsque poussé à bout, il lui dit : « Comme je te fais souffrir ! Si tu me crois malade, fais-moi soigner. » Mais toute la famille appréhende toujours les mois de mars, de décembre et les temps orageux. Il paraît qu'alors c'est épouvantable.

Nous lui demandons si elle n'a jamais eu envie de se débarrasser de son mari. Elle nous répond que non, mais que il y a douze ou quinze ans, elle a eu des idées de suicide.

Elle aurait bien voulu aussi faire séquestrer son mari. Elle avait même demandé une consultation à ce sujet, mais elle a réfléchi que c'était lui en somme qui faisait vivre la famille, et elle a préféré se taire et n'en parler à personne.

Je ne saurais mieux faire d'ailleurs que de reproduire ici les réponses faites par la mère à M. Garnier.

— Ma fille, dit-elle, a comme moi à se plaindre de son père. Elle est malade certainement, mais elle n'est pas aussi folle qu'elle en a l'air.

M. GARNIER. — Mais il paraît que c'est vous qui l'avez prévenue. — R. Je faisais pour le bien, en voyant son père malade, car pour moi, — je le lui ai dit bien des fois, — il est fou inconscient de ce qu'il fait. Pendant les premières années, je n'ai fait que pleurer. Plus tard, j'ai tâché de protéger mes enfants. Nous cachions cela le plus possible ; nous n'en causions jamais devant le monde.

M. GARNIER. — Vous m'avez dit que votre mari était un monomane. — R. J'en suis sûre. Tout mourait autour de moi ; j'ai tâché d'avoir des oiseaux, des plantes, tout mourait.

M. GARNIER. — Vous n'avez pas peur de vous troniper. — R. Je suis sûre de ce que je dis. J'ai eu des taches bleues, violettes, rouges. Je ne pouvais plus marcher : je ne voulais rien dire à personne. Quant à la substance qu'il emploie pour nous-mêmes, je ne la connais pas exactement. D'ailleurs, mon mari est certainement aliéné. A cinquante et un ans, il a eu un ramollissement du cerveau. A déjeuner, il était toujours absorbé, et pourtant les affaires marchaient. Une fois, après avoir paru triste, absorbé, il a fini par me dire qu'il cherchait à faire éclater la terre au moyen d'un puits artésien. Une autre fois, il donna un coup de poing sur la table et dit : Tu vois, je n'ai qu'un mot à dire pour faire déclarer la guerre par la France à la Prusse.

Il nous est impossible d'ailleurs de citer toutes les incohérentes, toutes les inepties sur lesquelles la mère se fonde pour échafauder ses suppositions.

Elle ne présente d'ailleurs pas de signes d'une maladie quelconque, pas de stigmates d'hystérie ou de dégénérescence.

Nous avons été voir, chez les parents, la seconde fille, celle de quinze ans. Nous trouvons une jeune personne fort bien constituée, qui avec le plus grand sérieux du monde nous raconte ce qui suit :

« Étant toute petite, on ne disait rien, mais voyant qu'on se méfiait continuellement, qu'on prenait des précautions, je me me doutais bien de quelque chose.

« Je me suis aperçue de plusieurs choses : ainsi, à huit ans,

j'ai eu une inflammation d'intestins. Ensuite j'avais continuellement envie de dormir. Ma mère m'a envoyée à la campagne chez mes grands-parents où on m'a laissée très longtemps.

« Je douterais plutôt de mon père que de ma mère. »

Quant aux moyens employés, elle ne peut les définir, mais elle trouve étrange d'avoir continuellement des maux d'estomac. Elle s'est aperçue souvent qu'en étudiant, la figure gonflait fréquemment. Il lui arrivait aussi de s'enrhumer, d'éternuer même en plein été. Peut-être, dit-elle, mettait-on dans les livres quelque chose qui s'absorbait par la respiration. Un certain livre de lecture espagnol leur était surtout funeste à elle et à sa sœur.

Elle se rappelle fort bien avoir été malade ainsi qu'une autre de ses sœurs (celle de dix-huit ans), avoir éternué en plein été, après avoir ouvert un livre.

Une autre fois, en prenant un bol, elle a remarqué au fond une tache brune ; « c'était comme du nitrate d'argent. » Elle a prévenu sa mère qui a essayé de faire dissoudre cette tache dans de l'eau. Il y a des poisons violents, dit-elle, mais que voulez-vous quand on n'a pas de preuves on ne peut rien dire.

Elle n'aime pas son père d'ailleurs. Autant sa mère est gaie, dit-elle, autant son père est sournois, et en dessous. De même que sa mère, elle lui trouve un œil mauvais, seulement tandis que c'est le gauche pour la mère, pour elle c'est le droit.

Je lui demande quel intérêt son père peut avoir à sa mort. Elle répond qu'elle l'ignore, et qu'elle croit qu'il n'a pas sa raison.

« Seulement, dit-elle, ce n'est pas une existence. Il y a des années que cela dure, et c'est pour cela que ma sœur a voulu s'en aller; et si ça ne change pas, je tâcherai d'en faire autant. »

En attendant, elle prend des précautions, elle met sous elle tous ses livres, toutes ses affaires. Dans l'appartement, rien ne traîne, on enferme tout; elle couche avec sa mère et toutes les deux s'enferment à elle, par crainte de quelque machination diabolique de la part du père. Lorsqu'elles sortent, elles collent du papier contre la serrure pour voir si le père n'est pas entré pendant leur absence.

Venons maintenant au père. Ici il y a peu de chose à dire au point de vue personnel. C'est un homme de cinquante-huit ans, tranquille, à l'air doux, insignifiant, bijoutier de son état et dans une assez jolie situation de fortune.

La recherche de l'hérédité est pleine d'enseignements. Nous trouvons en effet trois aliénés dans la famille :

Le père est mort d'une fluxion de poitrine. — La mère a quatre-vingt-trois ans, est bien portante. — Un oncle maternel est mort à la maison Dubois d'une tumeur cérébrale. Il avait, paraît-il, des accès d'excitation qui ont nécessité l'emploi de la camisole de force. — Le fils de cet oncle, à la suite de pertes d'argent, a été envoyé à Sainte-Anne, où il est mort. Il a laissé également un fils âgé actuellement de vingt-six ans, qui fuit le monde, se figurant depuis quatre ou cinq ans qu'il sent mauvais, et que dans la rue on s'écarte de lui par suite de la mauvaise odeur qu'il exhale.

On le voit, c'est assez complet comme symptômes de dégénérescence. Quant au père de notre malade, il n'a pas l'air de se rendre très bien compte de la situation dans laquelle il se trouve au milieu de tous ces aliénés. C'est le cas de répéter avec M. Charcot que les nerveux se recherchent. En effet, il pleure bien un peu, dit qu'il lui a fallu beaucoup d'énergie pour supporter tout cela, depuis vingt ans, mais en somme, cela ne l'inquiète pas outre mesure.

Il avoue d'ailleurs avoir bien pu tenir devant sa femme et ses enfants les propos incohérents qu'on lui prête. « C'était, dit-il, pour rire, pour les effrayer, je plaisantais quelquefois. »

Parfois, sa femme, exaspérée, le menace de le tuer : mais cela ne lui fait pas autrement impression. Il se laisse invectiver sans rien répondre et sans même songer à faire enfermer sa femme. Il nie d'ailleurs énergiquement lui avoir fourni le moindre prétexte de jalousie.

On le voit, nous avons ici réalisées toutes les conditions que MM. Falret et Lasègne considéraient comme indispensables au développement de la folie à deux ou folie communiquée. Ces deux auteurs ont insisté sur la facilité avec laquelle les enfants étaient disposés à devenir les échos d'un délire auquel on les associe. Ils ont fait voir aussi que pour qu'il y ait contagion de la folie, il fallait un terrain prédisposé, un fond de débilité mentale. Enfin, ils ont bien mis en lumière la nécessité d'un élément actif et d'un élément passif, le premier imprimant son délire au second.

Dans notre observation, toutes ces conditions sont réalisées. La mère représente l'élément actif. Mais il y

a en même temps une prédisposition héréditaire signalée par Falret et Lasègne et qui est ici évidente.

Mais ce que notre cas présente de particulier, c'est la longue évolution du délire. Cela a duré vingt ans, sans vue cette existence épouvantable à tons les points de que ait été connue, sauf de quelques parents et du médecin. Personne parmi les amis et connaissances ne soupçonnait l'existence de cet enfer.

Et chose bizarre, il s'est produit alors par suite de cette longue durée une sorte de renforcement du délire. Les enfants, qui d'abord subissaient passivement l'influence de la mère, ont fini par prendre sur elle une autorité considérable, et par lui faire partager leurs propres idées, leurs craintes personnelles.

Mais que dire du père, qui pendant vingt ans a supporté sans broncher toutes ces insanités, qui a vu s'éloigner de lui avec terreur tons ses enfants, et qui, cependant, n'a jamais eu un seul instant l'idée de faire placer sa femme. N'est-on pas en droit de le considérer lui-même comme un déséquilibré, un affaibli? Outre qu'il est sous le coup d'une hérédité nerveuse chargée (il a trois aliénés dans sa famille), il y a à son actif certains propos que nous avons prié sa femme de répéter devant lui et qui sont l'indice d'une déséquilibration mentale assez avancée. Il n'a pas nié en effet avoir prétendu devant sa femme et ses enfants, qu'il pouvait faire déclarer la guerre, ou faire sauter la terre au moyen d'un puits artésien.

Une autre fois, après une perte d'argent, il aurait proposé à sa femme de sauter avec de la dynamite, lui et toute sa famille. Il nie avoir tenu ce propos, mais en tous cas, il avoue qu'il aimait assez à étonner sa famille, soit par des paroles, soit par des actes un peu bizarres. Ainsi, il a la réputation parmi les siens, d'avoir une santé de fer; il couche toujours la fenêtre grande ouverte, et ne s'est jamais départi de cette habitude même pendant le grand hiver.

De tout ce qui précède, nous concluons donc que nous nous trouvons ici en présence d'une famille entière de dégénérés, de déséquilibrés héréditaires. Du côté du père, la chose est démontrée. La mère, on le sait, est un enfant naturel.

Un mot encore en terminant, au sujet du médecin qui, pendant des années, a vu évoluer la maladie, a vu des enfants se détacher complètement de leur père, et en venir à éprouver une haine féroce à son égard, sous l'influence d'une mère aliénée, et qui n'a pas songé un seul instant à éloigner la cause occasionnelle, à séquestrer la mère. C'est là une conduite dangereuse au premier chef et qui n'a pour excuse que l'ignorance souvent volontaire où sont les praticiens de tout ce qui touche à la médecine mentale.

De l'hospitalisation des épileptiques.

M. AUGUSTE VOISIN. — M. le Dr Masoin, membre de l'Académie de médecine de Belgique, adresse à la Société médico-psychologique un mémoire intitulé : « Assistance des épileptiques en Belgique et dans les pays étrangers », qu'il a présenté à l'Académie de médecine de Belgique, en 1889.

La Commission de l'Académie, dont M. Masoin fait partie, a jugé utile de connaître la condition faite aux épileptiques dans les pays étrangers, au point de vue de l'hospitalisation, et elle a prié le gouvernement belge de renseigner l'Académie à cet égard en utilisant les représentants officiels de la Belgique auprès des gouvernements étrangers.

Le rapport de M. Masoin résume les résultats de cette enquête, qui nous ont paru très instructifs et mériter d'être connus de nous.

L'hospitalisation des épileptiques est une question qui ne peut manquer de vous intéresser.

Il n'est pas un de nous, en effet, qui n'ait éprouvé de la difficulté à placer dans un asile un épileptique, surtout lorsque cet épileptique ne présente aucun signe d'aliénation mentale.

Le nombre des lits d'épileptiques non aliénés étant, en particulier, très limité à Paris, à Bicêtre, à la Salpêtrière, nous avons peu de chances de faire admettre un de ces malades ; aussi nous n'hésitons pas à déclarer, afin de permettre son placement, qu'il est aliéné alors qu'il est sain d'esprit. En agissant ainsi, nous suivons du reste l'exemple de Ferrus, qui, n'ayant pu faire inscrire dans la loi de 1838 l'hospitalisation des

épileptiques dans les asiles, avait suggéré le biais de les y faire recevoir comme aliénés épileptiques.

La pénurie de lits disponibles a trouvé à Paris un certain correctif dans l'institution de consultations gratuites avec délivrance de médicaments à Bicêtre, à la Salpêtrière et à Sainte-Anne.

L'assistance des épileptiques est instituée à Lyon depuis 1862, grâce à la donation de M^{me} Couajod. Un service de 124 lits et une consultation gratuite sont installés à l'Antiquaille. Le comte de Larnage a encore fondé la maison de la Teppe à Tain, où 230 malades trouvent protection, surveillance et soins médicaux.

On sait que les épileptiques y mènent une véritable vie de famille, grâce au tact du personnel choisi parmi les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul. Ils y jouissent d'une certaine liberté au milieu d'une population qui depuis deux cents ans est habituée à vivre côte à côte avec ces malheureux.

Il existe encore, en France, deux instituts spéciaux créés à La Force, près Bordeaux, par la bienfaisance privée.

Les enfants épileptiques que l'on ne peut conserver dans les familles, dans les collèges et pensions, sont encore admis dans l'institut d'Otto Baetge et y reçoivent une instruction qui leur permet même d'être reçus aux baccalauréats.

Vous le voyez, la France est pauvre en moyens d'assistance aux épileptiques et les départements, sauf la Seine, le Rhône, la Drôme et la Gironde, ne peuvent hospitaliser les épileptiques que dans les asiles d'aliénés.

Nous sommes en cela bien inférieurs à l'Allemagne qui possède dix-neuf institutions hospitalières pour épileptiques, à Karlshof, à Potsdam, à la Charité de Berlin, à Greinhofstettin, à Thale, à Rotenbourg en Hanovre; à Tilbeck et à Bielefeld en Westphalie, à Schettert et à Kiederich en Hesse-Nassau; à Rath et à Aix-la-Chapelle, dans la province rhénane; à Frankenthal, dans le Palatinat bavarois; à Hubertusbourg, à Sohland, à Mockern et à Siegmar, dans le royaume de Saxe; à Tettwang et à Stetten, dans le Wurtemberg.

L'Angleterre possède trois hôpitaux pour épilep-

tiques. Il n'existe qu'un asile consacré aux épileptiques, dans l'Amérique du Nord, à Baldwinsville (Massachusetts).

En Hollande, deux établissements sont consacrés exclusivement aux épileptiques, à savoir :

1° L'établissement de Bethesda, à Haarlem, pour les femmes ;

2° Celui de Heemstede, près Haarlem, pour les hommes.

3° L'établissement de l'Œuvre de Charité de Saint-Antoine, à Rotterdam, admet les enfants des deux sexes atteints d'épilepsie, au-dessous de dix ans.

En Italie, il n'y a qu'un hôpital spécial pour les épileptiques ; c'est l'Institut Victor-Emmanuel, fondé à Bergame en 1878.

En Suisse, il existe trois asiles pour les épileptiques : l'asile de Rolle (Vaud), un second situé sur le Ruti à Rieslach (près Zurich) et l'établissement Bethesda, à Bruttelen, près de Berne.

Il n'existe aucun hospice spécial en Belgique, en Russie, en Autriche, en Portugal, en Danemark, en Suède, en Norvège, en Roumanie, en Chine et Japon, au Chili et dans la République Argentine.

Il m'a paru intéressant de vous présenter cette œuvre de M. Masoin, qui nous montre combien il y a à faire pour l'hospitalisation des épileptiques non aliénés qui ne sont pas reçus dans les hôpitaux ordinaires et qui ne peuvent, le plus souvent, trouver un asile hospitalier qu'en acceptant de passer pour aliénés.

Je rappellerai, en terminant, que la Société médico-psychologique avait traité cette question en 1879 et avait voté les conclusions d'un travail de Lunier demandant qu'il fut créé, dans le voisinage d'un certain nombre d'asiles d'aliénés, des quartiers analogues à ceux de Bicêtre et de la Salpêtrière et que l'Etat fit même encore plus, qu'il fondât pour les épileptiques ce qui a été réalisé pour les aveugles, les sourds-muets et les aliénés, des établissements spéciaux où seraient reçus les épileptiques curables ou incurables qui ne pourraient être admis ni dans les asiles d'aliénés ni dans les hôpitaux ordinaires.

Si ce vœu est resté lettre morte jusqu'à ce jour, nous devons nous efforcer d'arriver à sa réalisation.

Tel a été mon but en vous présentant ce mémoire de M. Masoin.

Il me reste à vous proposer de le remercier de l'envoi de son intéressant mémoire.

M. DELASIAUVE, répondant à M. Aug. Voisin, signale les difficultés administratives qu'il a eu à constater autrefois, à propos de l'hospitalisation des épileptiques.

La séance est levée à six heures.

PAUL GARNIER.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les principaux phénomènes de l'hypnotisme dans leurs rapports avec la pathologie mentale; par M. J. Luys, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité. (Georges Carré, éditeur, Paris, 1890.)

Ce volume est un recueil de leçons dans lesquelles M. le Dr Luys a étudié, devant son auditoire habituel de la Charité, les principaux phénomènes de l'hypnotisme, en s'attachant çà et là à faire ressortir l'analogie qu'ils présentent avec ce qu'on observe dans l'aliénation mentale.

Après quelques considérations générales sur la nature de l'hypnotisme, qu'il appelle « un état expérimental extra-physiologique du système nerveux, une névrose artificielle que l'on développe chez un sujet prédisposé »; l'auteur étudie successivement les caractères de la léthargie, de la catalepsie et du somnambulisme qui composent ce qu'il appelle, avec le professeur Chareot, le grand hypnotisme, véritable *processus ambulans* comprenant entre ses trois phases principales un grand nombre d'états mixtes qui, comme la fascination de Brénaud, n'en sont que les préludes et les modalités incomplètes et non encore résolues.

Nous ne suivrons pas M. Luys dans tous les développements où il entre et qui forment le fonds commun de tous les travaux sur l'hypnotisme; nous préférons appeler l'attention du lecteur sur les idées originales appartenant en propre à l'auteur et qui sont en quelque sorte la raison d'être de son nouveau livre.

Nous signalerons particulièrement le procédé nouveau qu'il a inventé pour produire l'hypnotisation; ce sont les miroirs rotatifs, appareil dérivé du miroir à alouettes.

Parmi les caractères de la léthargie, il en est un fondamental : les léthargiques n'entendent pas et paraissent au point de vue de leurs rapports avec le monde extérieur être complètement fermés à tout contact. Cependant M. Luys montre que, pendant l'état léthargique, il subsiste certaines notions qui persis-

tent comme souvenir et peuvent être répétées à nouveau, et que certains agents physiques tels que les vibrations lumineuses, magnétiques, gazeuses, ont la propriété d'ébranler les régions émotives et de déterminer des sensations plaisantes ou répulsives.

A propos des suggestions, M. Luys fait remarquer que ce sont en somme de véritables conceptions délirantes introduites de force dans l'esprit du sujet et que toute cette série d'actes morbides, si fréquemment observés dans le domaine de la pathologie mentale sous le nom d'actes impulsifs, d'impulsions irrésistibles, se trouve reproduite artificiellement dans l'état somnambulique sous forme de suggestions instantanées ou à échéances.

A propos de la *flexibilitas cerea* du cataleptique, l'auteur fait brillamment ressortir l'analogie étroite qu'il y a entre cet état des fibres musculaires et la crédulité passive et indifférente du somnambulisme; de sorte qu'on peut dire, remarque qui, je crois, n'avait pas encore été développée d'une façon aussi complète, que la malléabilité de l'esprit, dans l'état somnambulique, est exactement l'équivalent psychologique de la plasticité spéciale de la fibre musculaire en état cataleptique.

Les expériences que M. Luys a faites devant son auditoire semblent démontrer que l'hyperacuité visuelle peut atteindre des proportions telles, chez certains sujets, qu'ils lisent à travers les corps opaques. Ce fait qui est demeuré à l'état de conjecture plus que douteuse, depuis les expériences malheureuses de Teste devant l'Académie de médecine, s'affirme donc de nouveau appuyé de l'autorité de M. Luys, qui, en revanche, refuse d'admettre la *suggestion mentale* dont il n'a jamais pu vérifier la réalité.

A propos des questions médico-légales soulevées par l'hypnotisme, M. Luys insiste tout particulièrement sur le viol commis sur les personnes en état léthargique, dont les exemples se multiplient d'une façon si malheureuse, semble-t-il, depuis quelque temps; il présente même deux femmes devenues enceintes dans ces conditions, victimes d'un crime ignoré et par conséquent impuni.

Enfin, l'auteur montre quels effets thérapeutiques surprenants on peut obtenir par les procédés hypnotiques. Tabétiques, hémiplegiques, choréiques, saturnins, individus atteints de paralysie agitante, aliénés mêmes, peuvent être améliorés aussi bien que les hystériques, les épileptiques et autres névro-

pathes. Il emploie, suivant les cas, l'action isolée ou combinée des miroirs rotatifs, de l'électricité et des suggestions.

De nombreuses et belles photographies complètent le texte et rendent en quelque sorte vivants aux yeux du lecteur les développements de ce livre d'une lecture attachante et original par de nombreux côtés.

A. CULLERRE.

A case of tumor of the brain; removal; death (Un cas de tumeur cérébrale; extirpation; mort); par les D^{rs} P. C. Knapp et E. H. Bradford. Boston, 1889.

Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, fleuriste, marié, père de deux enfants morts en bas âge de maladies banales, sans antécédents héréditaires, exempt de tuberculose et de syphilis, d'une bonne santé habituelle. A douze ans, il fit une chute sur la tête qui l'étourdit ; il put néanmoins rentrer seul à la maison. Le lendemain, il se sentit indisposé et éprouva sept attaques convulsives. Le jour suivant, il n'y paraissait plus.

Vers mai 1886, apparurent des nausées et des vomissements qui se prolongèrent deux ou trois mois avec accompagnement de céphalalgie. Tout rentra dans l'ordre jusqu'au commencement de 1887, où le malade sentit ses deux mains devenir roides et faibles. Bientôt survinrent des vertiges et une parésie de la main gauche. En mars, attaque convulsive suivie de faiblesse de la jambe du même côté. A ce moment, on constate une hémiplégie gauche avec exagération des réflexes du même côté et légère contracture du bras gauche. On diagnostique une tumeur cérébrale et on propose une opération qui est repoussée.

En mars 1888, persistance d'attaques vertigineuses sans perte de connaissance, et de l'hémiplégie gauche. En juin, le malade souffre de céphalalgies atroces en arrière et perd la mémoire ; il éprouve aussi quelques troubles intellectuels et sa vue baisse légèrement. Aucun autre symptôme nouveau. A ce moment, le D^r Knapp examine le malade et fait les constatations suivantes : homme mince, d'aspect florissant, l'air intelligent ; odorat intact ; vue affaiblie ; double névrite optique ; sensibilité affaiblie à gauche ; les yeux fermés, il ne peut reconnaître la position de ses membres gauches ; contracture des masséters et de l'avant-bras du même côté ; l'avant-bras est fléchi à angle droit et le poignet maintenu en pronation et en demi-flexion. La commissure labiale gauche est abaissée. Les

réflexes abdominaux, épigastrique et erémastérien, sont absents à gauche. Le réflexe plantaire existe des deux côtés, mais diminué à gauche. De ce même côté, il y a exagération du réflexe du genou et elonus du pied. Pas de douleur erânienne. Diagnostic : Tumeur du cerveau, de nature indéterminée, localisée dans l'hémisphère droit et intéressant principalement les centres du poignet et de la main dans les frontale et pariétale ascendantes.

L'état du malade s'étant aggravé, une opération fut enfin acceptée. Le 28 décembre, trépanation au siège supposé de la tumeur. La surface du cerveau est libre, mais on sent une fluctuation profonde. L'écorce est incisée et à un pouce et demi de profondeur on trouve une tumeur qui est extraite non sans difficulté. C'est un énorme tubercule formé d'un noyau caséeux, entouré d'une substance jaunâtre, ferme et transparente, du poids de 35 grammes et mesurant 7 centimètres sur 4. Le malade succomba trois quarts d'heure après l'opération.

A propos de ces cas malheureux, le D^r Knapp se livre à des considérations étendues sur le diagnostic des tumeurs cérébrales et passe en revue toutes les opérations faites jusqu'à ce jour. Enfin, le D^r Bradford termine ce mémoire par quelques considérations chirurgicales sur le manuel opératoire de la trépanation.

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— The past and present provision for the insane poor in Yorkshire with suggestions for the future provision for this class. Read at the Leeds Meeting of the British medical Association (Le passé et le présent de la pension alimentaire de l'aliéné pauvre dans le Yorkshire, avec des suggestions sur la pension future de cette classe. Discours prononcé au meeting de Leeds de l'Association médicale britannique); par le D^r Haek Tuke. 1 vol. in-8° de 55 pages, cartonné à l'anglaise. Londres, 1889. J. et A. Churchill.

— Études de pathologie nerveuse; par le D^r Souza Leite, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine. 1 vol. in-8° de 196 pages, avec une lettre-préface du D^r P. Marie, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1889. G. Steinheil, éditeur.

— L'hydrothérapie dans les maladies mentales; par le

D^r Jules Morel. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*. Broch. in-8° de 49 pages. Gand, 1889.

— A contribution to the pathology of night: Nocturnal paralysis (Contribution à l'étude de la pathologie de la nuit: paralysie nocturne); par le D^r Ch. Féré, médecin de Bicêtre. Broch. in-8° de 18 pages. S. l. n. d.

— Distribution et isolement des aliénés; par le D^r Charpentier, médecin de Bicêtre. Extrait de la *Revue d'hygiène*. Broch. in-8° de 26 pages. Paris, 1889. G. Masson, éditeur.

— Étude médico-psychologique sur une forme des maladies de la mémoire; par le D^r Korsakoff. Extrait de la *Revue philosophique*, n° de novembre 1889. Broch. in-8° de 30 pages.

— L'évolution du système nerveux; par le D^r H. Beaunis, professeur à la Faculté de Nancy. 1 vol. in-16, 320 pages avec figures, de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*.

— Étude de psycho-physiologie. Échomatisme, zoandrie échokinésie, écholalie; par le D^r Claude Sigaud, ex-interne des hôpitaux de Lyon. Broch. in-8° de 95 pages. Paris, 1890. J.-B. Baillière, éditeur.

— Omicidio volontario e fomicidio grave per imenomania in un degenerato imbecile. Relazione di una perizia psichiatrica (Homicide volontaire et blessure grave par hyménomanie chez un imbécile dégénéré. Rapport médico-légal); par le professeur Enrico Morselli, directeur de la clinique des maladies mentales de l'Université de Gênes. Broch. in-8° de 25 pages. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria et di medicina legale*, 1890. Fasc. I.

— De l'atrophie cérébrale partielle d'origine périphérique; par le D^r A. Sibut, médecin stagiaire au Val-de-Grâce. 1 vol. in-8° de 86 p. avec 1 pl. Paris, 1890. J.-B. Baillière, édit.

— Sulle variazioni della sensibilità generale, sensoriale e riflessa negli epilettici nel periodo interparossistico e dopo la convulsione (Des variations de la sensibilité générale, sensorielle et réflexe chez les épileptiques dans la période interparoxystique et après les convulsions); par le D^r C. Agostini, médecin assistant du manicomio de Pérouse. Broch. in-8° de 48 pages. Extrait de la *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1890. Fasc. I.

— Hypnotisme expérimental. Les émotions dans l'état d'hypnotisme et l'action à distance des substances médicamenteuses ou toxiques; par le D^r J. Luys, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 (320 pages avec 28 photogravures) de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*. Paris, 1890. J.-B. Baillière, édit.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 28 AVRIL 1890

Présidence de M. BAILLARGER

L'assemblée s'est tenue au domicile du président, 8, rue de l'Université, à trois heures.

M. Falret fait, au nom d'une commission composée de MM. Falret et Semelaigne, un rapport verbal sur les comptes du trésorier et déclare, qu'après examen, les comptes ont été trouvés exacts et les pièces à l'appui régulièrement établies.

L'assemblée vote des remerciements à M. Mitivié, trésorier. M. le président donne la parole à M. Bouchereau, secrétaire, pour la lecture de son rapport annuel.

Messieurs,

Notre association a reçu cette année des demandes de secours en grand nombre : votre conseil s'est fait un devoir de les accueillir dans la plus large mesure ; mais nous devons vous l'avouer, nos ressources ne s'accroissent pas aussi rapidement que nous serions en droit de l'espérer. Beaucoup de nos jeunes confrères semblent ignorer notre existence ; ils négligent de nous donner leur concours : pleins de confiance dans leur jeunesse, dans leurs espérances, ces médecins comptent seulement sur eux-mêmes pour résoudre les difficultés habituelles de la vie ! Ils oublient que les mieux doués, les plus favorisés rencontrent souvent sur leur route la maladie et l'infortune. D'ailleurs, c'est une vérité bien reconnue que l'on ne saurait trop souvent répéter : pour accroître le capital scientifique et matériel d'une nation, l'énergie de quelques-uns de ses membres ne suffit pas, la collaboration active de toutes les intelligences, de toutes les volontés, est encore nécessaire.

Nos anciens, notre vénéré président à leur tête, ne songeaient pas à eux-mêmes, quand ils fondaient notre association ; nos jeunes confrères nous permettront de leur rappeler ces exemples.

Messieurs, je suis certain d'être votre interprète à tous, en proclamant combien nous avons été heureux de voir la santé de M. Baillarger, un instant ébranlée, se raffermir et reprendre comme une nouvelle vigueur.

Notre vœu le plus sincère est qu'il continue longtemps encore à présider nos séances pour le bien de tous.

Messieurs, il y a utilité à résumer devant vous aujourd'hui, la situation actuelle de notre association.

Depuis notre dernière assemblée générale, la mort nous a enlevé cinq membres fondateurs et deux sociétaires.

Voilà leurs noms en suivant la date de leur décès :

MM. Cotard, fondateur depuis 1865.

Peybernès, sociétaire en 1879, fondateur depuis 1883.

Lafitte, fondateur depuis 1865.

Rousseau, ancien sociétaire, devenu fondateur en 1883.

Danis, fondateur depuis 1879.

Cassan, sociétaire depuis 1867.

Brusque, sociétaire en 1889.

Quatre membres ont envoyé leur démission :

MM. Guilbert, sociétaire.

Chadzinski, sociétaire.

Carrier Albert, fondateur.

Labitte Georges, fondateur.

Cotard Jules, né à Issoudun (Indre), est mort à l'âge de quarante-neuf ans à Vanves, du croup contracté en soignant un de ses enfants. Intelligence ouverte, cœur droit, volonté ferme, Cotard avait reçu dès sa première enfance une culture morale qui l'avait marqué pour le reste de son existence d'une empreinte très forte, ainsi que cela arrive dans certaines familles. Ses connaissances se sont agrandies, ses idées philosophiques se sont modifiées, mais ses qualités premières ont persisté sans être entamées par le milieu social. Malgré sa froideur apparente, Cotard se faisait aimer de ceux qui l'approchaient et le fréquentaient ; il pensait sainement et voulait fortement. Il fut l'élève remarqué de Broca et de M. Chareot. Près d'eux, il s'est habitué aux recherches anatomiques et à l'observation clinique.

Cotard a tiré grand profit de l'enseignement de tels maîtres ; car ils ont formé plusieurs générations d'étudiants distingués qui ont répandu leurs doctrines et leur méthode à l'étranger comme en France. De la même époque datent ses relations avec M. de Blignières et M. Lafitte : initié par eux à la philosophie d'Auguste Comte, cette philosophie l'a possédé tout entier jusqu'à la fin de sa vie.

Nos amis, MM. Falret, Gréhan, Ritti ont fait valoir au jour des funérailles de Cotard, les services rendus par notre regretté camarade à notre spécialité et à la sienne ; ces discours sont présents à la mémoire de tous ; les *Annales psycholo-*

giques, les ont reproduits intégralement : Cotard a été loué comme il le méritait.

Marié à une femme dévouée, d'une grande distinction elle-même ; père de trois enfants adorés, collaborateur de M. J. Falret dans sa maison de santé, membre de la Société de biologie, ancien président de la Société médico-psychologique, aimé de tous, toujours disposé à donner ses conseils et son temps à toute la population de Vanves, Cotard jouissait en paix de son bonheur, qui paraissait devoir durer longtemps. Modeste dans son ambition, il amassait des matériaux pour ses écrits si originaux, quand le croup a éclaté parmi ses enfants. Cotard les a soignés le jour et la nuit ; il a réussi à les sauver, mais il a pris lui-même la diphtérie : l'opération de la trachéotomie, les soins les plus diligents, les plus dévoués n'ont pu le sauver. Cotard nous a été enlevé ; son existence si précieuse a été brisée !

Sa veuve, sa vieille mère le pleurent en ce moment comme au jour qui a suivi ses funérailles. Puissent nos regrets, nos témoignages de sympathie contribuer à adoucir un peu leur douleur !.. Ces dignes femmes ont besoin de tout leur courage pour accomplir jusqu'au bout leur mission : l'éducation des trois enfants de Cotard, si dignes de notre intérêt à nous, ses confrères, ses camarades.

Danis, né à Gérardmer (Vosges), le 13 mai 1841, a été d'abord médecin-adjoint du quartier d'aliénés de l'hospice Saint-Nicolas-du-Port (Meurthe-et-Moselle), en 1868 ; à Bailleur au même titre, en 1878 ; il est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère), en 1880 ; il est à Saint-Venant, et passe à Saint-Dizier en 1888.

La mort l'a frappé en 1889, âgé de quarante-neuf ans, dans ces fonctions, où il s'était signalé comme médecin habile et dévoué, et administrateur rempli d'expérience.

Lafitte était né à Saurat (Ariège), le 17 décembre 1829. Il a été interne à Blois, à Charenton ; médecin adjoint à Blois ; directeur-médecin de Saint-Alban, de Lafond, de Rennes ; en 1879, il passe à Pau, où il réside jusqu'à l'heure de sa retraite en 1889.

Lafitte a surtout publié des rapports médico-légaux ; il a collaboré aux *Annales médico-psychologiques* ; il a donné tous ses soins au bien-être et au traitement de ses malades ; son asile a toujours été tenu d'une façon remarquable ; de divers côtés, ce mérite lui a été reconnu.

Membre fondateur de notre association, il a succombé en août 1889, à la suite d'une grave opération.

Peybernès, né à Foix (Ariège), en décembre 1849, est mort à Bourges en 1889 ; interne à Saint-Lizier en 1875, il fut suc-

cessivement médecin-adjoint de Bailleul, de Rouen, de Blois; en janvier 1881, il est nommé directeur-médecin à l'asile de Bourges. C'est là où la mort l'a surpris en pleine maturité de l'âge et de l'intelligence, avant d'avoir donné la mesure complète de ce qu'il pouvait produire, laissant à tous ceux qui l'ont connu le souvenir d'un médecin dévoué et instruit.

Après avoir été d'abord sociétaire de notre association, il était devenu membre fondateur.

Rousseau était né à Auxerre, en août 1830.

Etudiant en médecine en 1854, il s'était signalé tout jeune encore par son dévouement durant une épidémie; il obtint à la suite comme récompense une place d'interne à l'asile d'aliénés d'Auxerre; en 1860, il devint médecin-adjoint dans le même établissement; plus tard, il fut envoyé à Dijon; en 1864, il devint directeur-médecin de l'asile de Dôle; en 1872, il revient au même titre à Auxerre et occupe dix-sept ans ces fonctions importantes; les *Annales médico-psychologiques*, le journal l'*Encéphale*, divers sociétés et congrès ont reçu de lui des communications qui témoignent de son savoir, de son expérience de clinicien, de son talent d'écrivain.

M. le préfet de l'Yonne, le président de la société médicale du département, M. le Dr Dnché, ont prononcé sur la tombe des discours éloquents dans lesquels ils ont fait valoir dignement en Rousseau, le médecin, l'administrateur et l'homme de cœur. Aujourd'hui, nous exprimons en votre nom, à M^{me} Rousseau et à son fils, nos regrets les plus sincères à l'occasion du deuil qui les a frappés.

M. Rousseau fils a eu raison de choisir la carrière médicale: il lui suffit de suivre les exemples donnés par son digne père, pour obtenir lui aussi, durant sa vie, estime, succès et honneur.

Cassan était sociétaire depuis 1867; médecin en chef du service des aliénés à Albi, il avait acquis une clientèle qui appréciait beaucoup son zèle, son dévouement et son savoir; grâce à son labeur, à son talent quotidien, il jouissait d'une situation respectée, capable d'assurer à sa famille et à lui-même la tranquillité durant sa vieillesse; la mort de son fils lui a causé un vif chagrin; plus tard des discussions intimes ont troublé son cerveau. On le vit devenir inquiet, obsédé par la crainte d'une mort violente, d'après certains aveux rapportés après l'événement. Faut-il voir dans ces appréhensions le résultat de menaces précises faites à notre confrère et une prévision d'une nature bien inexplicable? C'est là une question qu'il ne nous appartient pas de résoudre. Pour assurer sa sécurité menacée, Cassan prenait chaque jour des précautions minutieuses avant de se laisser aborder.

Cependant un matin, on l'a trouvé lâchement assassiné dans

sa chambre ; un domestique, entré enfant à son service, comblé par lui de bontés, a réussi à l'aborder sous le prétexte de venir réclamer son intervention près d'un malade. Telle a été la vérité proclamée à Albi, durant le procès retentissant terminé par la condamnation du coupable avec exécution capitale comme expiation du crime.

La population si impressionnable de la contrée a été fortement remuée par l'événement ; le meurtrier a pris beaucoup de l'attention que l'on eût accordée tout entière dans un autre temps à la mémoire d'un homme de bien comme Cassan, digne de nos regrets et de notre sympathie.

Brusque, né dans le département de Vaucluse, avait débuté dans la marine, à laquelle il est resté attaché pendant dix ans. Rentré dans son pays natal avec l'intention d'y exercer la médecine, la politique l'a attiré ; il est devenu maire d'un chef-lieu de canton et conseiller général. En 1885, il a commencé une nouvelle carrière en qualité de médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse, appartenant au département de la Seine. Chargé par intérim des fonctions délicates de directeur-médecin de cet établissement, il a rempli ces fonctions de façon à mériter les éloges de ses juges naturels. Il continuait à s'acquitter de ses devoirs de médecin à la satisfaction de tous, quand l'épidémie survenue dans toute la France l'hiver dernier, l'a frappé ; une première fois, il avait semblé devoir se rétablir, et il a recommencé trop tôt à faire son service ; une pneumonie infectieuse s'est déclarée chez lui et a eu raison de sa forte constitution ; il est mort, laissant une veuve, un enfant en bas âge, regretté de nous tous. A ce moment, la plupart de nous, retenus eux-mêmes soit par l'épidémie, soit par le grand nombre de leurs malades, n'ont pu assister à ses funérailles ; nous sommes certains d'être l'interprète de tous, en exprimant aujourd'hui les regrets éprouvés par la mort prématurée de cet excellent confrère.

M. le D^r Belle, médecin de l'asile de Sainte-Catherine d'Izeure (Allier), membre sociétaire depuis 1881, a demandé à échanger son titre de sociétaire pour celui de fondateur. Aussi, par suite des décès survenus, des démissions offertes, des modifications opérées, le nombre des membres de notre association comprend la liste suivante :

| | |
|----------------------|--------------|
| Fondateurs. | 77 |
| Sociétaires. | 60 |
| Honoraires. | 3 |
| Total. | 140 membres. |

31 asiles sont inscrits comme souscripteurs et nous accordent des allocations ainsi réparties :

| | Francs. |
|---|---------|
| Asile d'Aix | 50 |
| — d'Armentières | 100 |
| — d'Auch | 100 |
| — d'Auxerre | 100 |
| — de Bailleul | 100 |
| — de Bassens | 100 |
| — de Blois | 100 |
| — de Bordeaux | 100 |
| — de Bron | 100 |
| — de Châlons | 100 |
| — de la Charité | 100 |
| — de Clermont (Oise) | 100 |
| — de Dijon | 100 |
| — de Dôle | 100 |
| Établissement de Sainte-Marie de l'Assomption | 50 |
| Asile d'Evreux | 100 |
| — de Fains | 100 |
| — de Laroche-Gandon | 100 |
| — de Maréville | 100 |
| — de Montdevergues | 100 |
| — de Pau | 100 |
| — de Prémontré | 100 |
| — de Quatre-Mares | 100 |
| — de Quimper | 100 |
| — de Rennes | 100 |
| — de Saint-Dizier | 100 |
| — de Saint-Lizier | 50 |
| — de Saint-Yon | 100 |
| — de Saint-Venant | 100 |
| — de Toulouse | 100 |
| — de Vannes | 100 |
| Subvention du ministère de l'intérieur | 1.500 |

Aucun nouvel asile ne s'est fait inscrire. Nous recommandons tout particulièrement à nos confrères, les médecins en chef des asiles, d'agir auprès des administrations départementales et des conseils généraux à l'effet d'obtenir des départements une allocation. Ce concours, peu onéreux pour leurs budgets, est une ressource précieuse pour notre œuvre. Une demande, écartée une année, peut être écoutée quand elle est introduite de nouveau ; nous ne saurions trop insister sur ce point et renouveler notre appel à tous nos collègues dans les termes les plus chaleureux.

Les recettes de l'année 1889, réunies aux sommes existantes dans la caisse au 31 décembre dernier, s'élèvent au chiffre de. 17.589 fr. 29

ainsi réparties :

| | | |
|--|--------|----|
| Fonds en caisse au 1 ^{er} janvier 1889. | 5.050 | 27 |
| Cotisations. | 3.695 | » |
| Souscriptions d'asiles. | 2.950 | » |
| Subvention du ministère de l'intérieur. | 1.500 | » |
| Intérêts du dépôt au Crédit foncier. | 17 | 02 |
| Don de M. le D ^r Meuriot. | 300 | » |
| Intérêts des capitaux. | 4.077 | » |
| Total. | 17.589 | 29 |

Les dépenses se sont élevées à la somme de. 12.552 32
ainsi décomposées :

| | | |
|---|--------|----|
| 1° Don à la veuve d'un ancien fonctionnaire ne faisant pas partie de l'association. | 800 | » |
| 2° A quatre veuves d'anciens internes et de médecins d'asiles. | 700 | » |
| 3° Au fils d'un ancien médecin d'asile, membre fondateur. | 800 | » |
| 4° A la femme d'un sociétaire malade. | 900 | » |
| 5° A un sociétaire malade. | 200 | » |
| 6° A dix veuves de membres fondateurs ou sociétaires. | 6.250 | » |
| 7° Achat de 100 francs de rente 3 0/0. | 2.832 | 60 |
| 8° Frais d'administration. | 69 | 72 |
| Total. | 12.552 | 32 |

De l'examen de ces chiffres, il résulte :

- 1° Qu'il restait en caisse au 1^{er} janvier 1890, une somme de. 5.036 97.
déposée en presque totalité au Crédit foncier pour assurer la régularité des secours sans attendre la rentrée des cotisations et des intérêts qui n'est complète qu'à la fin de l'année.
- 2° Que les secours distribués jusqu'à ce jour s'élèvent à la somme de. 115.011 »
- 3° Que le capital placé et calculé au prix d'achat se trouve porté au chiffre de. 84.181 70

comprenant les valeurs suivantes :

1.565 francs de rente 4 1/2 0/0.

1.300 francs de rente 3 0/0.

625 francs de 43 obligations du Midi.

Il faut ajouter à ces valeurs pour mémoire et à réaliser ultérieurement les sommes suivantes :

10,000 francs légués par M. Achille Foville.

2,500 francs légués par M^{me} veuve Billod.

Les prévisions budgétaires pour l'année 1890 sont établies sur les bases suivantes :

Recettes :

| | |
|--|--------------|
| En caisse au 31 décembre 1890. | 5.036 fr. 97 |
| Cotisations arriérées. | 95 » |
| Cotisations de l'année. | 3.695 » |
| Souscriptions d'asiles. | 2.950 » |
| Ministère de l'intérieur. | 1.500 » |
| Intérêts des capitaux. | 3.600 » |
| Total. | 16.876 97 |

Conformément à l'article 16 des statuts, on peut disposer sur cette somme d'environ 12,000 francs.

Dans la séance du 27 janvier, le conseil a alloué, sur cet exercice et pour le 1^{er} semestre, les secours suivants :

| | |
|---|-------------|
| 1° A huit veuves de membres fondateurs ou sociétaires. | 2.700 fr. » |
| 2° A un membre sociétaire. | 400 » |
| 3° A la femme d'un sociétaire malade. | 400 » |
| 4° Au fils d'un ancien sociétaire. | 400 » |
| Total. | 3.900 » |

Le solde disponible se trouve donc être de. . . 8.100 »
sur lesquels le conseil a décidé de vous proposer :

| | |
|--|---------|
| 1° La continuation d'un secours de. | 600 » |
| que depuis sa fondation, l'association accorde à la veuve d'un médecin, attaché au service des aliénés et non sociétaire, et la faculté d'augmenter de. | 200 » |
| ce secours, si le conseil le juge urgent et possible. | |
| 2° Un secours de. | 600 » |
| à répartir entre trois veuves d'anciens in- ternes d'asiles. | |
| Ces différentes sommes votées laisseront un solde disponible de. | 6.700 » |
| sur lequel, il y aura à prélever suivant les prévisions de ce jour, pour le 2 ^e semestre. | 4.000 » |
| Il resterait donc une somme de. | 2.700 » |
| pour parer aux éventualités nouvelles. | |

Nos finances sont prospères, notre budget est préparé sui-

vant les prévisions les plus sûres ; la plus large part en revient à M. Mitivié, notre trésorier, qui nous donne, sans compter, son zèle, son dévouement :

Sa mission est souvent difficile ; vous ignorez, certainement, Messieurs, combien il a de peine à faire rentrer toutes les cotisations ; c'est à vous, Messieurs, de l'aider, en redoublant d'efforts et en rendant sa tâche moins laborieuse.

A vous, Messieurs, d'examiner les différentes propositions soumises à votre approbation.

L'Assemblée approuve par un vote unanime les diverses propositions que le conseil lui a soumises, conformément aux statuts.

M. G. Labitte ayant donné sa démission de membre du conseil, M. le président exprime, au nom de ses confrères, tous ses regrets à l'occasion de cette résolution de M. G. Labitte.

Les membres du conseil sortants et rééligibles :

MM. Blanche, Bouchereau, Falret, Donnet sont réélus. — M. Ritti remplace M. Labitte, démissionnaire.

Le conseil se trouve ainsi composé pour l'année 1890 :

Président, M. BAILLARGER.

Vice-Président, M. BLANCHE.

Trésorier, M. MITIVIÉ.

Secrétaire, M. BOUCHEREAU.

La séance est levée à quatre heures.

BOUCHEREAU.

LISTE DES MEMBRES DE L'ASSOCIATION.

Membres fondateurs.

| MM. | MM. |
|-----------------|--------------------|
| Baillarger. | Briand (Marcel). |
| Ball. | Calmeil. |
| Bécoulet. | Campagne. |
| Belle. | Camuset. |
| Biaute. | Carrier (Édouard). |
| Binet des Roys. | Chaslin. |
| Blanche. | Christian. |
| Bonnet. | Chaussinand. |
| Boubila. | Constans. |
| Bouchereau. | Cortyl (Edmond). |
| Boudrie. | Cortyl (Germain). |
| Bouteille. | Cullerre. |
| Brunet. | Dagonet. |

MM.
 Dauby.
 Delasiauve.
 Desmaisons.
 Doursout.
 Dubiau.
 Dubuisson.
 Dufour.
 Etoc Demasy.
 Falret.
 Faucher.
 Féré.
 Gallopain.
 Giraud.
 Gérente.
 Goujon.
 Homery.
 Hospital.
 Labitte (Gustave).
 Langlois.
 Lamaëstre (de).
 Loiseau.
 Luys.
 Magnan.
 Maret.
 Mesnet.
 Mabile.

MM.
 Marandon de Montyel.
 Meuriot.
 Mitivié.
 Mordret.
 Moret.
 Napias.
 Parant.
 Péon.
 Petit (Gilbert).
 Pierret.
 Petrucci.
 Pons.
 Poret.
 Régis.
 Reverchon.
 Ritti.
 Rousselin.
 Saury.
 Semelaigne.
 Simon (Max).
 Sizaret.
 Viret.
 Voisin (Auguste).
 Voisin (Jules).
 Taguet.

Membres sociétaires.

MM.
 Adam.
 Adam (Aloïse).
 Audy.
 Barandon.
 Beaume.
 Bellat.
 Belletrud.
 Bessière.
 Boiteux.
 Broquère.
 Caillau.
 Campan.
 Chambard.
 Charpentier.
 Danner.

MM.
 Decoux.
 Delaporte.
 Deny.
 Déricq.
 Donnet.
 Doutrebente.
 Dubuisson.
 Dumas.
 Febvry.
 Friese.
 Fouriaux.
 Garnier.
 Girma.
 Gilson.
 Guyot.

| MM. | MM. |
|------------|----------------|
| Larrieux. | Quinemant. |
| Larroque. | Raffégeau. |
| Legruel. | Ramadier. |
| Legrain. | Rey. |
| Lhomond. | Rouillard. |
| Louis. | Riu. |
| Martinenq. | Roux. |
| Meilhon. | Rousset. |
| Nolé. | Schils. |
| Nicoulean. | Ségias. |
| Paris. | Sisteray. |
| Pagès. | Solaville. |
| Picard. | Vallon. |
| Pichenot. | Védie (Henri). |
| Planat. | Vernet. |

Membres honoraires.

| MM. | |
|--------------------|-------------------------|
| Censier. | M ^{me} Lunier. |
| Labitte (Auguste). | |

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêté du 3 mai 1890* : M. le D^r KÉRAVAL, médecin-adjoint à l'asile de Ville-Evrard, est nommé médecin en chef au même asile (poste créé), et compris dans la 3^e classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du 31 mai 1890* : M. le D^r BELLE, directeur médecin de l'asile de Sainte-Catherine (Allier), est promu à la 2^e classe de son grade (6,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} janvier 1890.

NÉCROLOGIE.

D^r SAINT-YVES. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le D^r Saint-Yves, médecin honoraire de la Maison nationale de Charenton, décédé à Saint-Maurice (Seine), le 12 juin 1890, dans sa quatre-vingt-sixième année.

Le D^r Saint-Yves, Alphonse, était né à Paris, le 15 octobre 1804. Il y fit ses études médicales et fut reçu, en 1834, le deuxième au concours de l'Internat; successivement interne de Dupuytren, de Sanson, d'Honoré, il fut de 1839 à 1842, chef de clinique du professeur Sanson. Il alla ensuite s'installer à Melun, où il devint d'abord médecin-adjoint, puis médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de cette ville; en même temps lui furent confiées les fonctions de médecin de la maison d'arrêt de Melun et de médecin inspecteur du service des aliénés de Seine-et-Marne.

C'est en juin 1873, qu'il fut nommé médecin en chef de la Maison nationale de Charenton; il n'occupa ces nouvelles fonctions que jusqu'au 16 février 1879, date à laquelle il fut mis à la retraite. Le D^r Saint-Yves était chevalier de la Légion d'honneur depuis 1857.

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES.

Session de Rouen.

Les organisateurs du Congrès annuel des médecins aliénistes, qui se tiendra à Rouen au mois d'août prochain, viennent d'adresser à leurs confrères la lettre suivante :

« Monsieur et très honoré confrère,

« La réunion d'un congrès annuel d'aliénation mentale a été décidée l'année dernière par les membres français du Congrès international de 1889, et Rouen a été indiqué comme premier lieu de réunion.

Ayant été chargés de l'exécution de ce vote, nous venons, à ce titre, vous demander votre adhésion.

« De concert avec le bureau de la Société médico-psychologique, la date de réunion est fixée au lundi 4 août prochain.

« Le programme proposé comprend :

« 1^o Question de pathologie mentale : Relations de la paralyse générale et de la syphilis.

« 2^o Question de médecine légale : Le projet de revision de la loi du 30 juin 1838.

« 3^o Mémoires présentés par les membres du Congrès.

« 4^o Visite des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure.

« La durée du Congrès peut être évaluée à quatre jours.

« Le règlement proposé sera celui du Congrès international de 1889, mais la cotisation nous a paru pouvoir être réduite à 10 francs.

« Vous voudrez bien nous faire connaître le plus tôt possible le titre des travaux que vous avez l'intention de présenter, pour nous permettre de préparer le programme définitif.

« Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

« Les organisateurs,

« A. GIRAUD. — DELAPORTE. »

Saint-Yon, 24 mai 1890.

CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AUX EMPLOIS DE MÉDECINS-ADJOINTS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS.

Par application de la disposition de l'article 4 § 2 de l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888, un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics

d'aliénés aura lieu à Paris, à Lille, à Nancy, à Bordeaux et à Montpellier, dans les derniers jours du mois d'octobre ou dans le courant du mois de novembre prochain.

Un concours sera organisé également à Lyon si, avant cette époque, il s'est produit dans un des asiles publics d'aliénés de la région une vacance qui permette de pourvoir un des deux candidats déclarés admissibles à la suite du concours du mois de décembre 1888.

Un avis ultérieur, publié au *Journal officiel* et dans le recueil des actes administratifs de la préfecture du chef-lieu de chaque région, fera connaître la date exacte d'ouverture de chacun des concours, ainsi que celle à laquelle devront être parvenues au Ministère de l'Intérieur les demandes des candidats qui sollicitent l'autorisation de concourir.

Conditions du concours. — Le concours est régional; il y a autant de régions que de facultés de médecine de l'Etat. La circonscription de chaque région est composée comme il est indiqué dans le tableau ci-après (1).

Les candidats doivent être français et docteurs d'une des facultés de médecine de l'Etat.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours.

Ils ne devront pas être âgés de plus de trente-deux ans au jour de l'ouverture du concours. Ils auront à justifier de l'accomplissement d'un stage d'une année, au moins, comme internes soit dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit dans un hôpital où ils auraient été appelés à ces fonctions par la voie du concours. A l'égard des anciens internes des hôpitaux, la limite d'âge maxima peut être, sur demandes et par décisions individuelles, reculée jusqu'à trente-cinq ans en faveur de ceux qui auraient plus de trente-deux ans à la date du concours. Toute demande sera en conséquence accompagnée des pièces faisant la preuve de ce stage, de l'acte de naissance du postulant, ainsi que de ses diplômes et états de services quelconques.

Les candidats sont libres de concourir, à leur choix, dans l'une ou l'autre des régions.

Au fur et à mesure des vacances d'emplois qui se produiront dans les asiles publics de la région où ils auront passé le concours, les candidats déclarés admissibles seront désignés au choix des préfets suivant l'ordre de classement établi par le jury d'après le mérite des examens.

(1) V. *Annales médico-psychologiques*, 1888, t. VIII, p. 486.

A titre exceptionnel et s'il y avait urgence à nommer le médecin-adjoint d'un asile dans une région où la liste des admissibles se trouverait épuisée, l'administration supérieure se réserve la faculté d'appeler à cet emploi un candidat d'une autre région, à la condition que celui-ci déclarera expressément renoncer au droit qui lui appartient d'obtenir son poste de début dans la région où il a subi le concours.

A titre exceptionnel également, et lorsqu'une nécessité d'ordre supérieur le commanderait, ou encore par mesure disciplinaire, tout médecin adjoint nommé pour son début dans la région où il aura concouru pourra être ensuite envoyé avec ses mêmes fonctions dans un asile situé hors de cette région.

Les médecins-adjoints peuvent être nommés médecins en chef ou directeurs-médecins dans toute la France.

Le jury chargé de juger les résultats du concours sera composé dans chaque région : 1° De trois directeurs-médecins ou médecins en chef de la région. — 2° D'un inspecteur général des établissements de bienfaisance, docteur en médecine. — 3° D'un professeur désigné par la faculté de médecine de la région.

Les directeurs-médecins et les médecins en chef appelés à faire partie du jury seront désignés par voie de tirage au sort parmi les docteurs qui remplissent l'une ou l'autre de ces fonctions dans un des asiles publics de la région.

Les médecins de la maison nationale de Charenton, les médecins en chef des quartiers d'aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière peuvent, pour la région de Paris, être également appelés par la voie du sort à faire partie du jury, concurremment avec les directeurs-médecins et les médecins en chef des asiles publics de cette région.

Il sera procédé, en outre, au tirage au sort d'un juré suppléant pris également parmi les directeurs-médecins et médecins en chef ci-dessus désignés.

Les épreuves sont au nombre de quatre : 1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats. Le maximum des points sera de 30. — 2° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie ordinaires, pour laquelle il sera accordé quinze minutes de réflexion et vingt minutes pour la dissertation. Le maximum des points sera de 20. — 3° Une épreuve clinique sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes d'exposition. L'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico-légal. Le maximum des points sera de 30. — 4° Une épreuve sur titres. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui

pourra être communiqué aux candidats sur leur demande. Le maximum des points sera de 10. Les points pour cette épreuve devront être donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.

CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE SUR LES CONDITIONS D'INSTALLATION DES CELLULES POUR LES ALIÉNÉS EN OBSERVATION DANS LES HOSPICES. — INSTRUCTIONS.

Monsieur le Préfet, par une circulaire en date du 1^{er} août 1887, un de mes prédécesseurs vous rappelait, et je vous rappelle de nouveau, l'obligation que vous impose l'article 4 de la loi du 30 juin 1838 de visiter périodiquement les asiles d'aliénés. Il vous invitait à faire cette visite au moins une fois par trimestre et à lui en adresser rapport : je ne puis que confirmer ces prescriptions. Il ajoutait que vous recevriez ultérieurement des recommandations au sujet de la mise en observation dans les hospices des malades présumés atteints d'aliénation mentale.

Il y a longtemps que l'administration supérieure se préoccupe de cette question. Les rapports des inspecteurs généraux l'ont maintes fois signalée à sa vigilance. Leurs critiques ont porté sur deux points : l'état défectueux des cellules ; le maintien trop prolongé des aliénés à l'hospice. Des instructions pressantes ont été adressées aux préfets en 1838 (circulaire du 18 septembre), en 1854 (circulaire du 6 juin), en 1887 (circulaire du 1^{er} août). Elles ne paraissent malheureusement pas avoir produit beaucoup d'effet. Le 11 février 1889, mon administration a prescrit qu'à un jour donné, dont elle fixait la date, les sous-préfets, les secrétaires généraux, ou à leur défaut, des conseillers de préfecture délégués par vous se rendraient, à l'improviste, dans les établissements hospitaliers des chefs-lieux d'arrondissement et constateraient *de visu* les conditions matérielles d'installation des cellules, le nombre des malades et la durée de l'observation. Les résultats de l'enquête ainsi faite sont des plus fâcheux.

L'enquête a confirmé, pour un très grand nombre d'établissements hospitaliers, cette appréciation de la circulaire du 11 février : « Beaucoup de ces cellules sont privées d'air, de lumière, de chauffage, du mobilier le plus indispensable, placées près du dépôt des morts, reléguées dans les dépendances à côté des étables, dépourvues, la nuit, de toute surveillance. » Tel sous-préfet, dans son rapport sur l'enquête, les compare à des chenils. Tel secrétaire général répète la qualification de l'inspecteur général Foville : « Ce sont de véritables cachots du moyen âge, horribles et dangereux. » On n'y trouve aucun meuble quel-

conque, pas de vitres aux fenêtres, « de peur que les aliénés n'attendent à leurs jours. » Je pourrais multiplier à l'infini ces tristes citations.

En ce qui concerne spécialement votre département, il a été constaté que.....

L'administration, à laquelle la loi a confié la surveillance des aliénés, ne saurait évidemment tolérer des installations telles que les a révélées l'enquête. L'aliéné est un malade qui doit être entouré de tous les soins, de tous les égards dus aux malades. Ce devoir n'est pas accompli ; la morale et l'humanité sont également blessées, lorsque ce malade est jeté, comme une bête malfaisante, dans un cabanon dont on ne voudrait pas pour des animaux domestiques. La contradiction éclate entre ces deux termes : d'une part, l'état des cellules, ces « cachots » dont on justifie l'horreur par des arguments à peine acceptables s'il s'agissait d'y loger des fous furieux ; d'autre part, l'état des malades auxquels ces cellules sont destinées, malades placés en observation, c'est-à-dire sur la folie desquels l'incertitude plane encore.

Vous veillerez donc, monsieur le Préfet, à ce que les cellules d'observation soient partout installées dans des conditions convenables. Il importe qu'elles soient suffisamment éloignées des salles de malades ou de vieillards ; qu'elles soient saines ; qu'elles aient au moins 40 mètres ; que le sol en soit parqueté ; que leur porte soit pourvue d'un guichet de surveillance ; qu'elles puissent être largement éclairées, chauffées par un procédé extérieur ; qu'elles soient garnies d'un lit de fer, scellé sur place, à parois pleines, muni des fournitures appropriées à l'état du malade ; que, de jour et de nuit, elles puissent être surveillées.

Je compte sur votre intervention et sur celle des sous-préfets pour obtenir des commissions administratives ces améliorations indispensables ; elles constituent vraiment un minimum d'exigences. Je sais que les commissions sont pleines, de bon vouloir ; mais je sais aussi que la question des cellules d'aliénés, sortant du cercle habituel, régulier de leurs préoccupations, est pour elles une anomalie, un embarras ; je sais qu'elles n'ont pas à leur disposition, pour le traitement des aliénés, un personnel expérimenté ; je sais enfin qu'il leur paraît dur de consacrer des sommes appartenant aux malades ou aux infirmes à la construction, au chauffage, à la garde de cellules qui ne serviront peut-être pas deux fois en un an. Vous leur ferez comprendre, monsieur le Préfet, que c'est une obligation hospitalière imposée par l'article 24 de la loi du 30 juin 1838, que leur devoir est de la remplir et que ce n'est pas la remplir que de réserver aux malades mis en observation les locaux décrits ci-dessus.

Il faut donc améliorer ces locaux. Pourtant ce n'est pas là

qu'est la solution de la question. La solution, c'est, d'une part, d'adresser immédiatement et directement aux asiles spéciaux les personnes reconnues atteintes d'affections mentales; d'autre part, de ne conserver que le temps strictement nécessaire celles qu'il aura fallu mettre en observation dans un hospice. L'enquête a montré que, presque partout, en dépit de tant de recommandations contraires, cette période d'observation est beaucoup trop longue. Sur 121 aliénés en observation le 21 février, 40 seulement étaient à l'hospice depuis moins de cinq jours; 28 depuis plus de cinq jours et moins de dix; 53 depuis dix jours ou plus, et, sur ces derniers, 25, soit près de la moitié, depuis plus d'un mois.

Voici les chiffres relevés dans votre département :

Si l'article 24 de la loi du 30 juin 1838 a imposé aux établissements hospitaliers cette obligation de recevoir les aliénés, le texte même de l'article indique clairement qu'il s'agit d'un dépôt provisoire, analogue à celui que le maire doit, quand la commune est dépourvue d'hospice, assurer au malade dans une hôtellerie ou un lieu loué à cet effet. Il s'agissait alors de mettre fin à un abus choquant, celui de déposer les aliénés dans les prisons. C'est s'écarter à la fois du texte et de l'esprit de la loi que de laisser séjourner dans les hospices des malades qui ne doivent y trouver qu'un abri essentiellement temporaire.

Vous prendrez donc, monsieur le Préfet, les mesures nécessaires pour que tout placement dans un hospice d'un malade présumé atteint d'aliénation mentale soit immédiatement signalé à votre administration ou à celle des sous-préfets, et qu'ensuite la durée du séjour de ce malade à l'hospice soit enfermée dans les plus étroites limites.

Mais le mieux sera toujours de diriger le malade, dès l'abord, sur l'asile spécial. Là seulement il peut trouver le personnel et le traitement appropriés à son état, et les trouver au moment où il est le plus nécessaire qu'il les trouve, où leur action peut être la plus efficace, je veux dire au début de sa maladie. Sans doute l'on se heurte ici à des préjugés, à des répugnances dont il est impossible de ne pas tenir compte. Dans l'opinion, il subsiste encore une prévention contre les personnes qui ont été admises dans les asiles. Pour surmonter ces répugnances, il est essentiel que, dans chaque asile, soit disposé un quartier dit d'observation, distinct du reste de l'établissement.

Vous devrez, monsieur le Préfet, s'il existe dans votre département un asile public d'aliénés, vous occuper de l'organisation de ce quartier spécial; presque partout, il suffira pour cela d'approprier des locaux déjà existants. Puis, par tous les moyens possibles, vous porterez à la connaissance du public l'existence du quartier d'observation et vous vous efforcerez, en toute occa-

sion, de détruire le préjugé qui s'attache au passage des malades dans les asiles.

En résumé, envoyer directement à l'asile spécial les personnes reconnues ou soupçonnées atteintes d'affection mentale ; en cas de placement dans les hospices, n'y placer que les aliénés dont l'état n'est point encore déterminé et limiter au temps strictement indispensable la durée de leur séjour ; installer les cellules dans des conditions convenables : telles sont les réformes qu'impose l'humanité. Je les recommande, monsieur le Préfet, à votre vigilance et à votre zèle ; dans cette tâche philanthropique, le concours du Conseil général, j'en suis assuré, ne vous manquera pas plus que celui des commissions hospitalières. De son côté, mon administration se montrera toujours disposée à seconder vos efforts par ses conseils et son appui.

Je vous prie de m'accuser réception de la présente circulaire en me faisant connaître les mesures que vous aurez prises pour en assurer l'exécution.

Recevez, monsieur le Préfet, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Pour le Ministre :

Le Directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,
H. MONOD.

UNE RÉVOLTE A BICÊTRE.

On lit dans le *Temps*, numéro du mercredi 28 mai 1890 : « L'hospice des aliénés de Bicêtre a été, dans l'après-midi de dimanche, le théâtre de faits des plus graves.

Dans cet établissement, en outre des fous et infirmes, sont placés les malfaiteurs dont la responsabilité morale n'est pas absolument établie aux yeux de la police et qui restent là en observation. Un quartier spécial, qu'on appelle la Sûreté, leur est réservé. Il est séparé des quatre autres quartiers par une double ligne de murailles. Les aliénés qui l'occupent à l'heure actuelle sont au nombre de quatorze, et parmi eux, avec les malfaiteurs dont nous parlons plus haut, on a mis quelques malades dont la folie, sans aboutir à des accès de fureur, pourrait les rendre dangereux.

Mais ces derniers sont en minorité ; la plupart des habitants actuels de la Sûreté de Bicêtre sont des malfaiteurs qui ont commis des délits de droit commun. Ils occupent des cellules s'ouvrant sur de petits préaux séparés par des grilles d'un hémicycle où se tiennent les surveillants. A la partie supérieure des grilles, se trouvent des barreaux de bois à une hauteur de 6 mètres.

Dimanche soir, vers cinq heures, surexcités par l'état orageux de l'atmosphère, six des aliénés, les nommés Jolly, Gravelot, Gattefossey, Guiot, Chambry et Grandidier parvinrent à grimper jusqu'à cette hauteur, brisèrent les barreaux de bois et, se laissant glisser dans l'hémicycle, se précipitèrent sur les gardiens. Ceux-ci, au nombre de six également, s'efforcèrent de leur tenir tête tandis qu'on courait prévenir le directeur de l'asile, M. Pinon. Dès que celui-ci pénétra dans l'hémicycle, le principal meneur des révoltés, Jolly, un homme de trente-cinq ans, d'une force extraordinaire, se précipita sur lui et le menaça de lui jeter à la tête un pot plein de terre : « Demande pardon pour tes enfants ! » vociférait-il. Il allait mettre son projet à exécution et lancer le pot à la tête du directeur, lorsque derrière lui, un gardien, nommé Petit, chercha à le saisir. Il se retourna aussitôt et M. Pinon gagna alors la porte. Jolly pourtant jeta le pot qui atteignit dans les reins le gardien Fournier, qu'un éclat de bois avait déjà blessé à l'œil gauche.

Dans l'impossibilité de résister aux mutins et dans la crainte d'exciter les huit autres aliénés qui restaient calmes, les gardiens et le directeur sortirent de l'hémicycle et M. Pinon envoya prévenir le commissaire de police, M. Remongin, et demander du secours au fort de Bicêtre. Restés seuls, les révoltés montèrent dans les logements des surveillants qui sont installés au-dessus même des cellules, brisèrent les meubles et s'emparèrent de tout ce qui pouvait leur servir d'armes : couteaux, rasoirs, bâtons, etc. Cependant Jolly qui dit qu'il est fou et qu'on ne pourra pas sévir contre lui, parce qu'il est irresponsable, avait, dans la crainte d'une répression, essayé de parlementer. Il avait envoyé par deux fois à M. Pinon, un de ses compagnons resté calme, le nommé Calménil, un hercule de foire, et l'avait chargé de demander au directeur « un écrit où on leur aurait promis de les laisser tranquilles » ; moyennant quoi, les mutins auraient réintégré leurs cellules.

M. Pinon refusa de parlementer et c'est à ce moment qu'arriva M. Remongin, commissaire de police. Il trouva trois des révoltés à califourchon sur le mur de la première enceinte, brandissant leurs armes, jetant des débris de toutes sortes sur les gardiens. Ils répondirent par des injures à ses sommations. Dans l'intervalle, M. Pinon avait fait mettre une pompe en batterie et il faisait inonder les révoltés, mais rien ne pouvait les déterminer à rentrer dans leurs cellules. Enfin, arrivèrent du fort de Bicêtre seize hommes du 26^e de ligne, conduits par un sergent et un adjudant. Ce dernier voulait faire une décharge à blanc, mais M. Pinon s'y refusa. On enfonça à coups de marteaux la porte qu'ils avaient barricadée et les soldats pénétrèrent, baïonnette au canon, dans l'enceinte. Pris de peur à

cette vue, les révoltés regagnèrent rapidement leurs cellules.

On mit aussitôt à chacun d'eux la camisole de force et on les interna dans des cellules particulières placées dans un autre corps de bâtiment.

Le plus compromis dans cette affaire est le nommé Jolly. Cinq gardiens ont été blessés au cours de cette bagarre; ce sont les nommés Fournier, Kergoat, Collet, Perrotin et Petit. Ce dernier a le bras gauche brisé en deux endroits.

Un des surveillants a été victime d'un vol. On lui a dérobé une montre en argent et 500 francs en billets de banque. »

INCENDIES D'ASILES D'ALIÉNÉS.

Incendie de l'asile de Longue-Pointe, près Montréal (Canada).
— Un incendie a détruit, le 6 mai 1890, l'asile d'aliénés de Longue-Pointe, près Montréal (Canada). Voici les détails que nous fournissent les journaux sur cette terrible catastrophe :

Le feu a éclaté dans la section des fous furieux et c'est dans cette section qu'il a fait le plus de victimes, car le sauvetage présentait les plus grandes difficultés, et les aliénés, revêtus pour la plupart de camisoles de force, ne pouvaient prêter assistance au personnel de l'établissement.

Malgré ces difficultés, on croit jusqu'à présent que le nombre des victimes ne dépasse pas le chiffre de cent.

Il est vrai que sur les 1,300 malades qui étaient en traitement dans l'établissement, il en manque 200 à peu près, mais ceux-ci n'ont pas tous péri. Ils se sont sauvés dans les forêts des environs et on les recherche activement.

Le désastre a donné lieu à de nombreuses scènes très émouvantes.

Pendant qu'on faisait des efforts inouïs pour sauver les malades alités, quelques aliénés, devenus fous furieux par surexcitation, se jetèrent sur les gardiens et à plusieurs reprises de vraies échauffourées se sont produites. D'autres aliénés enfoncèrent les portes, montèrent sur les toits, refusèrent de descendre, et comme on ne pouvait plus arriver à eux, tombèrent et périrent dans les flammes lorsque le toit principal s'effondra.

Le rapport du chef de service des incendies constate que ce fonctionnaire, entrant dans une chambre, y trouva vingt-cinq aliénés, se groupant en tas, s'attachant les uns aux autres, de sorte qu'il fut impossible de les séparer ou de les faire sortir. Tous ont été brûlés vifs.

Un fou furieux, doué d'une force extraordinaire, réussit à s'échapper des mains de ses gardiens. Il saisit à bras-le-corps une des femmes aliénées et la précipita dans le brasier. Un autre voulut entraîner dans les flammes un des pompiers, et ce dernier ne put s'échapper qu'avec peine.

D'autre part, quelques aliénés, sous l'influence de la peur, ont retrouvé la raison. Une femme qui, depuis quatre ans, ne prononçait pas une parole, se mit à crier au secours. On réussit à la sauver et elle causait ensuite avec ses gardes comme une personne sensée.

Parmi les aliénés qui se sont sauvés dans les bois se trouvaient beaucoup de femmes. Elles furent suivies dans leur fuite par une bande de gredins qui les maltraitèrent de la façon la plus épouvantable. On parle de lyncher ces malfaiteurs une fois qu'ils seront découverts.

Le personnel de l'établissement a beaucoup souffert. Presque tous les médecins sont blessés; plusieurs sœurs de charité ont péri dans les flammes. La supérieure a été si éprouvée par le désastre qu'elle a dû s'aliter et son état inspire de vives inquiétudes.

Parmi les victimes se trouve une Française, M^{me} Lahdie, du couvent du Sacré-Cœur à Sault-au-Recollet, qui était depuis un an en traitement à la maison de Longue-Pointe.

La maison d'aliénés de Longue-Pointe, qui portait aussi le nom d'asile de Saint-Jean-de-Dieu, avait été fondée en 1873 aux frais des sœurs de la Providence. Toutes les constructions ont coûté plus de 5 millions de francs. Elles ne sont plus qu'un amas de cendres.

Incendie de l'asile d'idiots de New-York. — Un nouvel incendie, qui ressemble à celui de Montréal, a détruit, le 8 mai 1890, l'asile pour pauvres de Binghampton, dans l'Etat de New-York.

Dans cet asile se trouvaient en traitement cent vingt-cinq personnes atteintes d'idiotisme. Sur plusieurs de ces idiots, la vue des flammes produisit un si violent effet qu'ils tombèrent évanouis; d'autres, regardaient le feu avec curiosité, sans s'apercevoir qu'il pouvaient être atteints par les flammes et on dût les entraîner de force; plusieurs enfin furent pris d'un accès de joie et se mirent à danser en rond autour du brasier, en chantant et en poussant des cris d'allégresse. Onze de ces derniers ont péri dans les flammes.

La première enquête a établi que le feu à la maison avait été mis par deux des idiots qui ont avoué qu'ils voulaient s'amuser avec une boîte d'allumettes qu'ils avaient trouvée.

FAITS DIVERS.

Un gardien de la paix assassiné par un aliéné. — Un gardien de la paix, Nicolas Thouvenin, en voulant arrêter, il y a quelques jours, avenue du Maine, un fou furieux, un alcoolique sorti de la veille de l'asile de Ville-Evrard, a reçu de celui-ci

plusieurs graves blessures auxquelles il a succombé quelques jours après. M. Lozé, préfet de police, a décidé que Thouvenin, victime de son devoir, serait inhumé dans le monument spécial érigé par la ville de Paris, au cimetière du Montparnasse, en l'honneur des agents de la police municipale, victimes de leur dévouement ; il a assisté lui-même à ses obsèques, qui ont eu lieu le samedi 21 juin 1890, et a prononcé sur sa tombe une allocution émue, dans laquelle il a fait le récit des circonstances qui ont entraîné la mort de ce malheureux gardien de la paix.

Tentative d'évasion d'un aliéné criminel. — Le fait divers suivant, que nous empruntons au *Temps* (n° du 20 juin 1890), prouve une fois de plus la nécessité de la création de l'asile spécial pour les aliénés dits criminels et les aliénés dangereux :

« Regad, qui, comme on le sait, en décembre dernier, assassina M. Roux, directeur des affaires départementales à la préfecture de la Seine, et qui était, depuis ce dramatique événement, interné à Sainte-Anne, a tenté de s'évader au milieu de la nuit. Une ronde d'agents l'a surpris au moment où il essayait de se hisser sur un mur séparant l'hospice de la rue Cabanis. Se voyant surpris, Regad s'est laissé choir sur le sol et, se relevant aussitôt, a pris la fuite. Les agents l'ont bientôt rejoint et l'ont conduit dans un cabanon. Il a été transféré dans la section des fous dangereux, à l'hospice de Bicêtre. »

PRIX DE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Prix proposés pour 1891. — PRIX AUBANEL. — 2,500 fr. — Question : *De la folie chez les vieillards.*

PRIX BELHOMME. — 800 francs. — Question : *De la vision chez les idiots et les imbéciles.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Nota. — Les mémoires manuscrits devront être déposés, le 31 décembre 1890, chez M. le Dr ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresse des auteurs.

Le Directeur-Gérant : ANT. RITTI.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique.

Le premier Congrès annuel de médecine mentale en France. — Congrès de Rouen.

Le premier Congrès français et annuel de médecine mentale s'est tenu à Rouen, comme on l'avait décidé l'année dernière lors du Congrès international de Paris. Le succès a été complet et incontesté. On n'a plus à se demander aujourd'hui si ces réunions annuelles cadrent avec nos mœurs. Plus de cent adhérents ont répondu cette année à l'appel qui avait été fait. Des mémoires, en nombre beaucoup plus considérable qu'on ne pouvait l'espérer, ont été apportés. La lecture de ces mémoires et les discussions qu'ils provoquaient ont rempli cinq séances très chargées, et une journée tout entière a été consacrée à la visite des Asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure. On a décidé la réunion du Congrès suivant à Lyon, et on a réglementé la formation du Comité d'organisation qui doit, chaque année, préparer la réunion suivante. L'institution en France des Congrès annuels

n'existe plus à l'état d'hypothèse et paraît fondée d'une manière durable. Bon nombre des membres du Congrès de Rouen se sont donné rendez-vous à l'année prochaine. Nos confrères de Lyon peuvent se préparer à nous recevoir, et nous ne doutons pas de leur bon accueil.

Ce qui peut caractériser le Congrès de Rouen, c'est, d'une part, un fort apport de travail et, d'autre part, la plus franche cordialité parmi ceux qui s'étaient réunis dans la vieille cité normande. Le programme comportait deux questions mises à l'ordre du jour, une question de pathologie mentale (les rapports de la syphilis et de la paralysie générale) et une question de législation (la révision de la loi du 30 juin 1838). En outre, chacun était libre de se faire inscrire pour communiquer un mémoire sur un sujet ayant trait à l'aliénation mentale. Le programme ainsi composé avait permis, tout à la fois, d'appeler l'attention sur les questions qui sont plus spécialement à l'étude et d'apporter la variété indispensable pour ne point lasser l'attention des auditeurs.

L'organisation du Congrès avait été encouragée par l'administration supérieure. Au ministère, M. Monod, directeur de l'Assistance publique, avait suivi avec intérêt la préparation du programme, et c'est sur sa demande que la question de la révision de la loi du 30 juin 1838 avait été mise à l'ordre du jour. A Rouen, M. Hendlé, préfet de la Seine-Inférieure, a accepté de venir souhaiter la bienvenue aux membres du Congrès et de leur faire ensuite les honneurs des Asiles d'aliénés. Le maire de Rouen a tenu à se faire inscrire comme adhérent et a délégué deux médecins pour représenter la ville. On aurait eu mauvaise grâce à ne pas répondre en affirmant le succès du Congrès.

La première séance, fixée au mardi 5 août, s'est ouverte à l'hôtel des Sociétés savantes, par une allocution de M. le préfet ayant à ses côtés le maire de Rouen, qui

les organisateurs ont rendu compte de leur mandat et ont invité le Congrès à constituer le bureau. On n'a pas oublié les anciens maîtres auxquels l'âge interdit les fatigues du voyage, et l'on a proclamé présidents d'honneur Baillarger, Calmeil et Delasiauve. A ces noms, ont été joints ceux de Théophile Ronssel, et de MM. Monod, Hendlé, Leteurtre (maire de Rouen). On a nommé par acclamation : président, le professeur B. Ball; vice-présidents, MM. Falret, Mordret et Delaporte; secrétaire général, Giraud; secrétaires des séances, Dubuisson et Combemale, et le Congrès s'est mis à l'œuvre en abordant la question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale.

On a entendu successivement un rapport de M. Delaporte sur l'état de la question; puis la lecture des mémoires de MM. Dubuisson, Regnier, Régis, Malfilâtre et Cullerre. Un sixième mémoire, celui de Mabilie, concluant à la non-identité des lésions anatomiques de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale, a été renvoyé au comité de publication pour être joint aux autres communications du Congrès, et la discussion générale a été ouverte. A cette discussion ont pris part MM. Auguste Voisin, Rouillard, Charpentier, Cullerre, Rist, Falret, Morel-Lavallée et Laurent.

Trois opinions sont en présence. Les uns soutiennent que la paralysie générale et la syphilis sont deux affections distinctes pouvant exister simultanément, mais ayant chacune leur évolution spéciale. D'autres considèrent la syphilis comme une cause prédominante dans la paralysie générale. Enfin, il existe une opinion intermédiaire, la syphilis peut être une cause de la paralysie générale au même titre que l'alcoolisme, le surmenage, etc. Ce sont les trois opinions déjà émises au Congrès de Paris.

Au Congrès de Rouen, on a apporté les statistiques

les plus contradictoires. Régis a trouvé chez les aliénés paralytiques une proportion de 80 p. 100 syphilitiques ; Cullerre, 13. 2 p. 100 ; Dubuisson, 50/1600 ; Auguste Voisin n'a trouvé que neuf syphilitiques avérés sur cinq cent soixante observations. En présence de pareilles divergences, le Congrès ne pouvait pas conclure. La question reste en l'état, chacun conserve ses positions. Néanmoins, un fait paraît se dégager de la discussion, c'est qu'on ne s'entend pas bien sur la principe de la question. On n'est pas d'accord sur le diagnostic différentiel entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale, et on n'est pas d'accord non plus sur les manifestations syphilitiques qui permettent d'établir que la paralysie générale est d'origine spécifique. C'est là, sans doute, ce qui explique les divergences considérables dans les statistiques que chacun apporte à l'appui de son opinion. Il faut s'entendre d'abord sur le point de départ. M. Falret a annoncé l'envoi prochain d'un questionnaire élaboré par la Société médico-psychologique et la question a été renvoyée au prochain Congrès.

Quoi qu'on ne soit point arrivé à la solution de la question, on ne peut pas en déduire que la discussion ait été oisense. Les faits observés sont toujours des faits, et les observateurs qui sont venus apporter le résultat de leurs recherches sont tous de bonne foi. Il faut chercher la cause des divergences dans la manière d'interpréter les faits, et le Congrès de Rouen, en nous pénétrant de cette idée, aura eu son côté pratique.

La seconde journée du Congrès a été des mieux remplies. Le matin, on a entendu la lecture d'une série de mémoires. M. Lailler a lu un travail sur la composition de l'urine des aliénés atteints de paralysie générale. L'urine des déments paralytiques n'a pas une composition identique aux diverses périodes de la maladie, et varie suivant les formes du délire. Les déchets organi-

ques diminuent dans la forme dépressive, et augmentent dans la forme expansive. Ils sont abondants dans la période ultime. Dans le délire exubérant de richesses et de grandeur, la proportion des phosphates excrétés augmente peu, ce qui confirme, d'ailleurs, l'opinion que les malades atteints de paralysie générale sont bien des déments, et leur délire n'indique par une suractivité intellectuelle. M. Lailler abordant l'examen des produits anormaux qu'on peut rencontrer dans l'urine des paralytiques généraux, signale qu'il n'a jamais vu la coïncidence de la paralysie générale et du diabète.

M. Saury a communiqué une observation très intéressante de morphino-cocaïnisme; il a montré combien il était dangereux de recommander aux morphiniques la cocaïne pour remplacer leur poison habituel, et son mémoire a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Cullerre, Séglas, Rist et Rouillard.

M. Mordret a lu un travail sur l'atrophie de la glande thyroïde chez les idiots, il l'a trouvée fréquemment diminuée de volume et a conclu à une relation entre l'atrophie thyroïdienne et le degré d'abaissement intellectuel. Une discussion s'est engagée sur ce point avec M. Sollier qui, dans le service de M. Bourneville, n'a jamais, à l'autopsie des idiots, rencontré d'atrophie manifeste, et encore moins d'absence totale du corps thyroïde en dehors de l'idiotie myxœdémateuse.

Un remarquable exposé a été fait ensuite par M. Bourneville sur l'idiotie myxœdémateuse auquel venait de faire allusion M. Sollier. M. Bourneville a présenté une série de photographies, et de pièces anatomiques, en montrant les caractères spéciaux qui distinguent l'idiot myxœdémateux du crétin et de l'idiot adipeux, et en font un type à part.

La séance du matin s'est terminée par deux communications de M. Auguste Voisin, l'une sur l'aide que le

chloroforme à très petite dose apporte à la production du sommeil hypnotique (procédé qui lui a permis d'obtenir l'hypnose chez des malades dont l'état mental ou l'agitation empêchaient de fixer l'attention); l'autre, sur l'urine dans les états léthargiques prolongés. M. A. Voisin a conclu de ses recherches que : 1° la nutrition n'est pas troublée dans le sommeil hypnotique; 2° que l'hypnotisme n'est pas un état pathologique; 3° que l'hypnotisme est un moyen thérapeutique dont on peut se servir sans risquer de nuire à la nutrition des malades.

A la séance de l'après-midi, on a repris la lecture des mémoires qui figuraient à l'ordre du jour. M. Malfilâtre a relaté trois observations de paralysés généraux à l'autopsie desquels on trouva un ramollissement de la moelle épinière avec corps étranger dans le foyer.

M. Gauran a lu une observation très curieuse de guérison d'un cas de folie à la suite d'une opération de cataracte.

MM. Séglas et Sollier ont rapporté une observation intitulée : Folie puerpérale; amnésie; astasie et abasie; idées délirantes communiquées. Le traitement a été exclusivement psychologique et a consisté à réveiller les images mnémoniques anciennes et à fixer les nouvelles. La malade qui avait l'aspect d'une démente et qui était impotente, marche seule, travaille et a retrouvé la mémoire.

M. Rouillard a lu un travail sur la statistique et le fonctionnement de la clinique de l'asile Sainte-Anne. Ce travail a provoqué une discussion sur la classification des maladies mentales et sur l'emploi des moyens de contrainte, discussion à laquelle ont pris part MM. Ball, Cullerre, Falret, Doutrebente, Mordret, Charpentier et Riu; puis la discussion s'est ouverte sur le projet de révision de la loi du 30 juin 1838 après la lecture d'un rapport sommaire que j'ai eu l'honneur de présenter sur

cette question. Le Congrès n'ayant point à faire œuvre de législateur n'avait pas à examiner le projet de révision article par article, mais seulement les parties qui intéressent plus particulièrement les médecins aliénistes. Les points principaux qui ont été abordés sont : l'assistance aux épileptiques ; le recrutement des internes devenu difficile depuis le nouveau régime des études médicales ; les inconvénients que doit entraîner la création de médecins inspecteurs dans chaque département ; enfin, le danger de laisser les conseils généraux fixer le prix de la journée des aliénés indigents d'une manière souveraine et sans appel.

La conclusion a été le dépôt d'une série de vœux sur lesquels le Congrès a été appelé à se prononcer avant de se séparer et que nous relaterons plus loin.

M. Brunet a ensuite soulevé la question de la création d'un asile spécial pour les aliénés criminels. Après une discussion à laquelle ont pris part MM. Charpentier, Mordret, Rouillard, Bourueville et Falret, on a établi une distinction entre les aliénés criminels, et les criminels devenus aliénés, et deux propositions ont été mises aux voix :

1° Les criminels devenus aliénés doivent-ils être enfermés dans un asile spécial ? « Adopté à l'unanimité. »

2° Les aliénés criminels doivent-ils être enfermés dans un asile spécial ? « Rejeté à la majorité. »

M. Brunet a lu ensuite un mémoire sur les avantages du travail agricole dans les asiles d'aliénés ; mais la conclusion de M. Brunet est que le domaine cultural doit être attenant ou à proximité de l'asile.

Enfin, M. Samuël Garnier (de l'asile de Dijon) a lu un travail sur les avantages et les inconvénients du système actuel des retraites départementales pour les fonctionnaires des asiles. Il a montré ensuite qu'avec les dispositions édictées par l'article 45 du projet de loi

sénatorial sur les aliénés, ce que le corps médical pourrait gagner en sécurité relative, ce serait au détriment de la quotité du chiffre moyen des retraites diminué en moyenne de 825 francs, sans parler des droits des veuves réduits au tiers au lieu de la moitié.

Pour remédier dans une certaine mesure à ces inconvénients qui, aux yeux de M. Garnier, ont le caractère d'une spoliation, tout en ménageant les intérêts du Trésor, il propose le remaniement du chiffre des classes actuelles, et notamment la création d'une classe exceptionnelle à 9,000 francs, et il a formulé un vœu dans ce sens.

Après une journée remplie de la sorte (on avait tenu séance pendant près de sept heures), le Congrès se devait à lui-même d'atténuer les effets du surmenage, et il avait été convenu qu'on se rendrait de la salle des séances à la salle du banquet. On avait décidé qu'au lieu de clore le Congrès par le banquet traditionnel, on organiserait cette réunion amicale dans le plus bref délai possible, et nous signalons cette circonstance parce qu'elle n'a peut-être pas été étrangère à la franche cordialité dont nous avons déjà parlé. C'est qu'en effet, si les Congrès ont pour but principal le progrès de la science en stimulant au travail, en provoquant des discussions, et en ouvrant des aperçus nouveaux, ils ont aussi pour résultat de faciliter les bons rapports de confrère à confrère, et ici la réunion au banquet joue un grand rôle.

Le dîner a été égayé par la présence de M^{me} Ball. Un de nos confrères, célibataire endurci d'ailleurs, a écrit, il y a quelques années, que les femmes « sont, dans les asiles, plus encore qu'ailleurs, un terrible éléments de discorde ». Au Congrès de Rouen, quelques dames ont accompagné leur mari et n'ont point apporté la discorde. Mais, en dehors de M^{me} Ball, qui tenait à donner un bon exemple, et en dehors de M^{me} Sollier

qui, en qualité de docteur, comptait parmi nos adhérents, les dames se sont montrées timides, et nous avons regretté leur abstention au banquet. La femme du médecin d'asile est la compagne de son mari et vit souvent un peu isolée, parce que les établissements sont presque tous loin de la ville. Si elle ne peut pas prendre part à nos travaux, elle peut prendre part à nos fêtes, et tous le monde y trouvera son avantage. Il y a là un point à régler pour le Congrès de Lyon.

La journée du jeudi, 7 août, a été consacrée tout entière à la visite des asiles de Quatre-Mares et de Saint-Yon. On peut résumer l'impression générale en quelques mots : belle et bonne journée. Les asiles de la Seine-Inférieure sont de beaux établissements. Il y a certains détails à critiquer ; mais, dans leur ensemble, ce sont de bons asiles. Il y a de l'air et de la lumière, et des fleurs dans tous les quartiers. A neuf heures du matin, les voitures amenaient les membres du Congrès. M. Hendlé, préfet de la Seine-Inférieure, était venu faire les honneurs des asiles ; il était accompagné par plusieurs membres de la commission de surveillance, par le conseiller général du canton, les maires des communes de Sotteville et de Saint-Etienne-du-Rouvray. Le maire de Rouen s'était fait représenter par deux de ses adjoints. Chacun des membres du Congrès avait reçu un plan des asiles pour suivre la visite. Comme il faut songer aux besoins du corps, aussi bien qu'aux besoins de l'esprit, à midi, un déjeuner était offert, et la salle des fêtes de Saint-Yon avait été aménagée pour cette circonstance. La musique de Quatre-Mares est venue, pendant le repas, jouer les meilleurs morceaux de son répertoire. Comme la veille, la bonne humeur régnait. On a porté des toasts, félicité les organisateurs, sans oublier les économes des asiles, qui s'étaient distingués en cette occurrence. Après déjeuner, on a repris

la visite des asiles, et l'on ne s'est séparé qu'à six heures du soir. C'était encore une journée bien remplie.

Les travaux du Congrès ont été repris le vendredi matin et ont occupé deux séances. On a, d'abord, discuté l'organisation des Congrès ultérieurs. Sur la proposition de M. le professeur Ball, et à l'instar de ce qui est pratiqué en Angleterre, on a décidé que le bureau de chaque Congrès resterait constitué comme Comité d'organisation du Congrès suivant. Ce Comité a la faculté de s'adjoindre un certain nombre de confrères de la ville où doit se réunir le nouveau Congrès, et remet ses pouvoirs au bureau qui est appelé à lui succéder.

C'est là une excellente mesure, car nos Congrès annuels se trouvent ainsi liés les uns aux autres, et les organisateurs ont l'expérience du Congrès précédent; d'où une nouvelle chance de succès.

Nous avons déjà dit que la ville de Lyon a été choisie comme lieu de réunion en 1891. Le Congrès n'a pas admis la motion de M. Régis tendant à nous réunir avec le Congrès pour l'avancement des sciences, ni la motion de M. Sollier tendant à l'annexion de la Neurologie à la Psychiatrie. L'opinion de la majorité du Congrès a été résumée dans ces mots du professeur Ball : Nous pouvons nous suffire, et il y a intérêt à rester soi-même. On cherchera à obtenir des compagnies de chemin de fer les réductions de prix dont on profite au Congrès pour l'avancement des sciences.

L'ordre du jour appelait la lecture d'une série de mémoires. M. Cullerre a lu une étude sur la paralysie générale conjugale, et cette lecture a provoqué une discussion dans laquelle M. Ball a demandé si l'on ne pouvait pas invoquer la similitude des habitudes chez les deux époux, et les excès vénériens qui sont une cause fréquente de paralysie générale.

M. Charpentier a lu un mémoire très intéressant sur les démences précoces.

M. Dubuisson a lu un travail sur la folie ayant pour cause déterminante le traumatisme, travail ayant à l'appui un nombre assez considérable d'observations inédites. M. Dubuisson a ensuite présenté une pièce curieuse de porencéphalie vraie, pièce bien préparée et bien conservée et a lu l'observation du malade. Une discussion s'est engagée sur la porencéphalie vraie et la porencéphalie fausse, discussion à laquelle ont pris part MM. Sollier et Deny.

M. Boucher a communiqué une note sur une forme spéciale d'obsession chez une héréditaire et une observation de trépanation tardive dans un cas d'épilepsie jacksonienne à la suite de traumatisme. Il a présenté le malade qui avait fait l'objet de cette observation, et dont les accès d'épilepsie sont devenus de plus en plus rares après l'opération de trépanation.

La séance du matin s'est terminée par la lecture d'un mémoire de M. Bailleul, directeur de la 4^e circonscription pénitentiaire, sur la folie dans les prisons de longues peines. M. Bailleul appelle l'attention, non seulement sur la situation des criminels aliénés pour lesquels un quartier spécial a été créé à Gaillon, mais aussi sur les *minus habentes* qui peuplent les prisons.

Cette communication a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Charpentier, Rouillard, Giraud.

A la séance de l'après-midi, trois mémoires restaient à lire pour épuiser les communications inscrites à l'ordre du jour du Congrès, et on a entendu successivement les mémoires de M. Doutrebente sur la syphilis cérébrale, de M. Fancher sur les retraites des directeurs et des médecins des asiles, et de M. Coste de Lagrave sur l'auto-suggestion, cause d'hystérie, puis la discussion a été ouverte sur une série de vœux.

Les vœux adoptés par le Congrès sont :

1° Conclusions du rapport sur le projet de revision de la loi du 30 juin 1838.

A. Que l'assistance aux épileptiques, idiots et crétins, soit développée.

B. Que le recrutement des internes soit prévu et assuré par la loi.

C. Qu'il ne soit pas créé, pour chaque asile, un poste de médecin-inspecteur avec les attributions prévues par le projet de loi.

D. Que les écritures des bureaux ne soient pas multipliées sans nécessité.

E. Que le prix de journée des aliénés indigents ne soit pas fixé par le Conseil général d'une manière souveraine et sans appel.

2° Vœu proposé par M. Falret.

Que la translation des aliénés ne soit pas faite comme celle des prisonniers. (A Paris, on se sert de voitures cellulaires pour transporter les malades.)

3° Vœu proposé par M. Brunet.

Que les asiles soient bâtis au milieu d'un domaine cultural, assez vaste pour occuper tous les aliénés susceptibles de travail maraîcher ou agricole.

4° Vœu proposé par M. Brunet.

Qu'il soit institué, pour l'admissibilité des médecins-adjoints, un concours unique, siégeant à Paris.

5° Vœu proposé par M. Le Plé.

Que dans le projet de réforme des études et de la pratique médicale, il soit mis fin à l'insuffisance des connaissances en pathologie mentale, et que, par consé-

quent, les étudiants soient admis, dans chaque centre d'instruction, à observer les malades atteints d'aliénation mentale.

On voit par ce rapide exposé de la physionomie du Congrès, que les séances ont été bien employées, et il est resté dans l'esprit de tous, la conviction qu'un travail utile avait été produit. Quand la clôture du Congrès a été prononcée par le Président, une partie des membres se sont donné rendez-vous à l'année prochaine, à Lyon.

A. GIRAUD.

Pathologie.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LE

DÉLIRE DE PERSÉCUTION

Par le Dr H. DAGONET.

Ce travail n'a d'autre but que de tracer une sorte de tableau clinique et de montrer que le délire des persécutions n'est pas une espèce particulière d'aliénation mentale, ayant toujours les mêmes symptômes et une même évolution, mais un état qui se manifeste au contraire dans les conditions les plus variables et les plus opposées.

Le Dr Ritti a appelé l'attention sur ce sujet dans un excellent article, inséré dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (*Persécution [délire de]*).

Après avoir fait un historique très complet de cette forme de délire et indiqué les signes qui la caractérisent, Ritti fait observer que c'est à Morel que revient l'honneur d'avoir le premier signalé un fait clinique important, la transformation *possible* du délire hypochondriaque en délire de persécution et de celui-ci en délire des grandeurs. Nous disons *possible*, parce que cette transformation n'est pas une règle, nous en citerons des exemples plus loin ; elle se manifeste d'ailleurs dans des conditions qui restent jusqu'à présent bien difficiles à déterminer.

L'auteur que nous citons ajoute avec raison qu'il existe un certain nombre d'affections dans lesquelles on

observe des idées de persécution et que l'on doit distinguer du délire de persécution essentiel, telles sont l'alcoolisme aigu, certaines formes de mélancolie, etc... Nous ferons toutefois cette observation que dans certaines formes de mélancolie, de délire aigu, on retrouve les symptômes principaux qui caractérisent ce délire de persécution essentiel ou systématisé. Ces faits ressortiront des observations que nous publions plus loin.

Le délire de persécution domine en quelque sorte la pathologie mentale, on le retrouve dans les formes d'aliénation mentale les plus diverses, dans l'alcoolisme, dans la paralysie générale, dans la mégalomanie, etc...

On ne doit pas le considérer comme une véritable espèce morbide, ayant ses caractères, son évolution, mais il constitue comme d'autres manifestations délirantes qui caractérisent la folie, comme l'hypocondrie, comme les folies impulsives et les nombreuses variétés de la mélancolie, un groupe symptomatologique qui repose sur un même fond morbide, *la souffrance morale*.

C'est à tort, dit Renaudin, qu'on voudrait admettre autant de types délirants qu'il y a d'erreurs possibles de jugement ; le délire des persécutions, celui des richesses, sont des manifestations diverses, mais ne constituent pas l'état pathologique lui-même. C'est dans le mode de sentir qu'est le point de départ ; sous l'influence d'une douleur très vive, le jugement ne s'exerce plus avec une complète liberté.

A l'état normal, l'excessive irritabilité rend querelleur, et l'on ne reconnaît jamais qu'on a tort ; l'ébriété produit le même résultat, une gastralgie est le point de départ des idées d'empoisonnement, leur persistance suscite des idées de vengeance. Un degré de plus et l'on voit surgir les idées délirantes que l'aliéné seul peut concevoir. (Renaudin. *Etudes méd.-psych.*, p. 148 et suiv.)

Pour Esquirol, c'est la passion triste, c'est l'oppres-

sion de la sensibilité morale qui entretient le délire partiel qu'il désignait sous le nom de lypémanie.

Griesinger, Prichard, partagent la même opinion. La douleur morale, dit Griesinger, que chaque impression vient encore augmenter, est le trouble psychique essentiel dans la mélancolie. Les malades ne peuvent plus se réjouir de rien, même des événements les plus heureux, tout ce qui se passe autour d'eux leur devient une nouvelle source de douleur ; ou bien alors, ils réagissent en manifestant leur mauvaise humeur, ou bien, et cela est le plus fréquent, ils cherchent à se soustraire à toutes les impressions du dehors, ils fuient la société et se concentrent en eux-mêmes. Cette disposition à être mécontent de tout se traduit généralement par une aversion pour les personnes qui les entourent, pour leur famille, leurs amis, etc., aversion qui va souvent jusqu'à la haine.

Tous ces changements dans l'humeur des mélancoliques, ajoute Griesinger, ne dépendent pas de certaines conceptions délirantes déterminées ; le malade est au début surtout incapable de se rendre compte de ce qui se passe autour de lui. — J'ai peur, dit-il ; pourquoi ? Je ne sais pas, mais j'ai peur. (Esquirol.) Et, comme l'observe Griesinger, les exhortations, les raisonnements, n'ont aucune influence sur cette disposition engendrée par la maladie cérébrale, les idées que provoque cet état ont une origine interne, subjective, elles portent un caractère d'irréfutabilité qui les rend inaccessibles aux raisonnements. (V. Griesinger, p. 264 et 267.)

Nous ne nous arrêterons pas davantage sur cet ordre de considérations : il se rattache indirectement à notre sujet, et nous résumerons les symptômes principaux qui caractérisent le délire de persécution. Cette étude se trouve longuement exposée dans les ouvrages *ex professo* et dans d'intéressants mémoires ; nous l'exposerons donc

brèvement pour ne pas répéter ce qui est décrit de plusieurs côtés.

L'*idée fixe* est, on le sait, le symptôme essentiel, prédominant du délire de persécution, elle revêt dans quelques cas un caractère d'obsession extrêmement remarquable. Elle est une préoccupation incessante de l'individu vers le même objet, qui lui fait rattacher à la même explication tout ce qui se passe en lui et hors de lui, elle lui donne la conviction qu'il est placé sous l'influence d'un pouvoir occulte et mystérieux, dont il cherche surtout à se débarrasser par tous les moyens possibles.

L'idée fixe de persécution, nous la retrouverons chez les aliénés dans les conditions les plus diverses.

Comme Foville l'a montré, le délire ambitieux mégalomane aussi se rencontre chez les individus atteints des folies les plus variables; il en est de même pour le délire religieux qu'on observe dans les conditions les plus opposées; la paralysie générale peut présenter, elle aussi, les formes vésaniques les plus dissemblables.

Cette aptitude à la fixité des idées se rencontre, dit Renaudin (1), à l'état physiologique, chez les personnes qui jouissent de toute leur raison, elle est plus complète chez les unes que chez les autres; elle tient un peu au caractère, se développe par l'éducation et dépend bien souvent aussi de la profession ou de la position sociale, ainsi que de l'époque et des événements. Elle est également en rapport avec les impressions, et nous voyons souvent une forte émotion rendre irrésistibles certaines idées qui reviennent sans cesse, quelque effort que l'on fasse pour les écarter.

Si l'idée fixe, ajoute Renaudin, est un élément essentiel de notre existence psychique, si elle en est une des

(1) Renaudin, *Études méd.-psych.* p. 148 et 156.

principales manifestations, puisqn'elle correspond à tous les sentiments qu'elle traduit d'une manière plus ou moins exacte, nous ne devons pas être étonnés de la rencontrer chez certains aliénés souvent à son maximum d'intensité et comme base du délire.

Pour peu que la force morale vienne à faire défaut, elle entraîne la volonté ; le jugement peut la réprimer au début, mais il cesse bientôt sous l'influence de l'obsession. L'idée fixe fait suivre au malade une voie dont il ne peut plus sortir ; elle passe à l'état de passion et anéantit le jugement dans tout ce qui s'y rapporte de près ou de loin. En dehors de l'idée fixe, le jugement reprend tout son empire, et c'est ainsi que chez les aliénés, nous rencontrons des individus raisonnant parfaitement juste sur divers sujets et devenant absolument inabordables quand on touche aux sentiments que résume leur idée fixe.

Sous le titre d'*idées obsédantes*, Westphal, dont la science regrette la perte récente, décrit ce singulier phénomène que l'on rencontre chez quelques aliénés et dans lequel on voit une idée, si absurde qu'elle soit, s'imposer momentanément à l'esprit qui, malgré tous ses efforts, ne peut s'en détacher.

Les idées obsédantes se rapprochent de l'idée fixe qui caractérise le délire de persécution, elles peuvent consister dans des mots isolés ou des phrases entières qui apparaissent subitement et involontairement, interrompant ainsi la marche des idées du malade, s'imposent à l'attention avec une énergie plus ou moins grande et disparaissent d'elles-mêmes. Elles peuvent être absolument étrangères au délire de l'aliéné ; parfois, dit Schüle (1), ces idées étranges, ces tics intellectuels, sont

(1) Schüle. *Traité des maladies mentales*. Trad. par J. Dagonet et Duhamel, p. 415 et suiv.

d'un genre tout à fait inoffensif, par exemple, le besoin obsédant de compter, de lire, d'épeler les mots qu'il aperçoit, les noms de rue, les enseignes, etc.

Un malade intelligent, et dont j'ai cité ailleurs l'observation, poussait des cris affreux en regardant le tron d'une serrure; lorsqu'on lui demande pourquoi il pousse ces cris de terreur, il répond que c'est la crainte d'être obligé de traverser le tron de cette serrure; si on lui objecte que c'est absurde, qu'il est trop gros pour cela, il dit qu'il le sait bien, mais que c'est une idée qu'il ne peut arracher de son esprit.

Schüle fait justement observer que ce symptôme psychopathique se montre le plus souvent associé à des réflexes combinés de la sphère psychique émotive et motrice, l'angoisse est un de ces réflexes les plus fréquents; un état *angoissant* précède, en général, le retour périodique des accès.

Les *actes impulsifs* sont, on le comprend, un phénomène réflexe de l'idée obsédante, ils n'en sont que le développement régulier. On trouve toujours, dit Schüle, comme condition psycho-physiologique unissant l'idée obsédante et l'acte impulsif, ces *troubles de la sensibilité* qui représentent la force impulsive et le sentiment d'obsession. Cette condition existe dans les idées obsédantes émotives; mais elle peut aussi exister dans les idées obsédantes non émotives, si elles produisent une réaction, c'est-à-dire si elles deviennent douloureuses et pénibles au moi. Parfois les actes impulsifs sont dans un rapport plus intime avec la sensation d'obsession; ce sont des réflexes qui délivrent le malade de cette sensation obsédante. (Schüle, p. 420.)

Schüle retrace plus loin avec beaucoup de justesse les symptômes *qui accompagnent* les idées obsédantes. « Ce sont, dit-il, des troubles vasomoteurs et sensibles, de caractère général, dont l'ensemble constitue ce qu'on

peut appeler l'état nerveux et la symptomatologie variée de l'irritation spinale ; ce sont surtout des phénomènes douloureux (oppression précordiale et pesanteur de la tête) ; puis des troubles circulatoires (irrégularité des battements du cœur, palpitations, dyspnée), des sensations pénibles dans le dos et dans les membres, de la congestion vasomotrice ou, au contraire, une sensation de froid ; le début des crises est surtout annoncé par une grande lassitude, un manque d'appétit et la dyspepsie nerveuse. Ces phénomènes se continuent souvent pendant le paroxysme et peuvent même se prolonger pendant des mois ; chez les femmes, les règles produisent une aggravation passagère. » (Schüle, *loc. cit.*, p. 427.)

L'idée fixe dans le délire de persécution a au début un peu ; le caractère d'une idée obsédante elle est d'abord isolée, fugace, mal définie, le malade se croit l'objet d'une persécution dont il ne peut, à l'origine, comprendre la raison d'être ni le mode d'action ; cette croyance ne tarde pas à prendre corps et à donner lieu à un véritable délire systématisé. Le persécuté s'aperçoit bientôt qu'il a affaire à un complot dont les ramifications s'étendent jusqu'aux dernières maisons du quartier qu'il habite, et qui prend nécessairement toutes les formes possibles. La police joue un rôle considérable dans son esprit ; elle le poursuit, le surveille, pénètre dans sa chambre, bouleverse ses affaires ; s'il est musicien, elle brise les cordes de son violon, détraque son piano.

Chez un grand nombre d'individus, les francs-maçons sont également une source d'explications des singuliers phénomènes qu'ils ressentent, ils se croient sous leur domination et se plaignent que ce sont eux qui viennent interrompre leur sommeil et qui leur procurent les douleurs qu'ils éprouvent dans différentes parties du corps.

L'idée fixe d'empoisonnement se rencontre fréquem-

ment chez eux, elle leur sert à expliquer les troubles gastriques auxquels ils peuvent être sujets.

B... prétend que la femme avec laquelle il vivait cherchait à l'empoisonner, elle mettait ou faisait mettre par ses complices, dans ses aliments, des acides qui lui causaient une vive irritation ; cela le brûlait intérieurement, ses articulations ne pouvaient plus agir. Elle empoisonnait son lait, elle achetait chez l'épicier des acides qu'elle répandait sur le paillason, ce qui lui causait des aspirations irritantes. Il refuse de manger ce qui lui est servi, mange, au contraire, ce qui se trouve dans les assiettes de ceux qui sont autour de lui.

Les *interprétations fausses, délirantes*, sont inséparables des idées fixes ; celles-ci engendrent celles-là.

Elles consistent dans une erreur d'appréciation, dans un faux jugement sur les sensations et les impressions les plus diverses éprouvées par les malades, elles tournent toujours dans un même cercle vicieux. Il leur semble que tout ce qui se passe au milieu d'eux est fait à dessein pour les tourmenter. On les regarde de travers, on a l'air de se méfier d'eux, on les prend pour des espions, on tient de mauvais propos sur leur compte, on les tourne en ridicule. Les interprétations les plus bizarres se produisent à propos des faits les plus ordinaires, toujours dans le sens de la même idée fixe.

X... prétend qu'à la pension où il prend ses repas, les conversations politiques et religieuses que l'on élève n'ont d'autre but que de chercher à l'exciter ; les gestes, les mouvements des gens qui l'entourent, ont une signification dont il comprend très bien le sens.

C... lit dans un journal, parmi les faits divers, qu'une femme vient de se suicider et que l'enfant qu'elle laisse, âgé de quatre ans, a été mis aux Enfants-Trouvés. Il s'approprie aussitôt ce fait, il prétend qu'il s'agit d'une de ses anciennes maîtresses, que cet enfant est à lui, et il veut le réclamer.

B... s'imagina que les lettres qu'on lui adresse sont fausses, on change l'écriture, on lui donne des copies au lieu de lettres originales, on agit ainsi par esprit de vengeance.

L'électricité, le magnétisme, servent souvent à expliquer les sensations pénibles éprouvées par ces sortes de malades, chez lesquels, on le sait, on rencontre si fréquemment des troubles graves de la sensibilité générale. Ils se plaignent qu'on emploie le magnétisme, l'électricité, pour leur faire ressentir des sensations extraordinaires, des maux de tête, un malaise indéfinissable.

B... croit à une communication magnétique particulière, par suite de laquelle, tout le monde peut savoir ce qu'il pense ; ses pensées sont quelquefois même répétées tout haut.

Les hallucinations de l'ouïe, comme l'a justement fait remarquer Lasègue, sont prédominantes dans le délire de persécution vrai, essentiel, lorsque celui-ci n'est pas associé à d'autres formes mentales, telles que l'alcoolisme, la paralysie générale ; elles sont extrêmement fréquentes et elles accompagnent souvent les troubles de la sensibilité générale. Les hallucinations de la *vue* se rencontrent exceptionnellement ; elles sont mal définies et n'ont pas la netteté de celles de l'ouïe. L'un de nos malades se plaignait, par exemple, qu'on lui faisait voir des photographies qui retraçaient différents incidents de son existence. Elles précèdent quelquefois le délire, elles en sont même dans certaines circonstances la véritable cause ; le plus ordinairement, elles en suivent le développement, elles en sont une véritable conséquence. Un malade cité par MM. Journiac et Sérienx dans le *Progrès médical* s'entend appeler *cocu*, il rentre chez lui la chemise ensanglantée, il avait frappé l'individu qu'il croyait l'avoir injurié. « Celui-là, dit-il, ne me traitera plus de cocu, je lui ai fendu la margoulette. »

Les hallucinations sont extrêmement variables, elles ne sont pas toujours comme un écho de la même idée fixe, mais elles sont souvent multiples, nombreuses comme les pensées qui traversent l'esprit des malades et

dont elles ne sont après tout que la manifestation extérieure. Elles sont comme une reproduction fidèle de leurs incessantes préoccupations. S'ils se croient poursuivis par la police, ils entendent proférer contre eux des menaces de mort; aux menaces qu'ils entendent, ils répondent par d'autres menaces.

Quelques-uns ont le sentiment, la conscience de la situation étrange dans laquelle ils se trouvent; les hallucinations qu'ils éprouvent sont comme le reflet de cet état de la conscience, on leur dit qu'ils sont fous, quelques-uns même conviennent que ce sont leurs propres pensées qui se répètent sous forme de voix.

Quelquefois les hallucinations ne sont pas nettes, claires, ce sont des voix basses, le malade suppose qu'on parle de lui, c'est un phénomène qui se confond avec l'interprétation délirante; il cherche à comprendre ces voix, il leur dit de parler plus haut; à un degré plus élevé, c'est un véritable délire sensoriel; quelques persécutés hallucinés prétendent que la maison qu'ils habitent est remplie de tubes, de tuyaux, les voix sortent de tous les côtés, des murs, des calorifères, etc., ils entretiennent avec elles de véritables conversations.

Les *troubles de la sensibilité générale* qui caractérisent le délire de persécution ont été longuement décrits, nous ne croyons pas devoir nous appesantir longtemps à ce sujet. Ils se manifestent, dans la généralité des cas, c'est un des symptômes les plus ordinaires. Ils dépendent évidemment de l'irritation du système nerveux central, particulièrement des centres qui président aux actes de la vie organique. Ils ne sont pas limités, comme chez les hypocondriaques, à une même région; ils sont au contraire, généralisés. Les malades font à ce sujet les interprétations les plus bizarres, et donnent les explications les plus étranges. Ce sont des commotions que les faits les plus insignifiants leur font éprouver; ils sen-

tent comme si quelque chose leur entraît dans le cerveau par l'oreille; ce sont des sensations qui leur causent une fatigue dans les oreilles, dans les yeux, des espèces de tressaillements dans les jambes, des craquements dans les articulations. On les électrise, on les magnétise, on les hypnotise, on leur lance des jets de vitriol; l'un de nos malades se plaint qu'on charge sa femme d'électricité pour lui donner des secousses.

Les *troubles de la sensibilité génitale* se remarquent fréquemment chez les femmes, mais on les trouve souvent aussi chez les hommes. Ceux-ci se plaignent des pratiques de sodomie, d'onanisme, qu'on exerce sur eux; les femmes, qu'on leur introduit des corps étrangers dans les parties sexuelles.

Les sensations bizarres qu'ils éprouvent ont pour but, disent ces malades, de leur faire subir des épreuves; un malade prétend que les *théologiens*, c'est ainsi qu'il appelle ses persécuteurs, arrêtent tout à coup ses doigts pour l'empêcher d'écrire; un autre déclare qu'on lui fait pénétrer le fluide électrique par les pieds, ce qui lui cause une chaleur intolérable; on lui fait ressentir par le même moyen diverses sensations douloureuses dans la poitrine, des points de côté, comme si on lui arrachait les poumons.

Nous verrons chez les alcooliques persécutés les troubles de la sensibilité générale extrêmement marqués. Un père jésuite, dit un alcoolique, se sert contre lui de la physique, il lui fait articuler des serpents sur la figure, il lui fait vibrer la jambe, les boyaux, etc.

X... prétend qu'une force l'empêche de parler, qu'elle arrête ses pensées, il ressent des fraîcheurs sur la tête, on lui fait éprouver des sensations internes, particulières, étranges, qui n'ont pas de nom dans la langue vulgaire, c'est comme si cela détonnait dans son corps; en même temps, il est pris d'un sentiment d'angoisse de courte durée. A l'église, la voix du prédi-

cateur lui occasionne des fraîcheurs, des bourdonnements dans les oreilles.

Nous pourrions multiplier à l'infini ces citations; on observe tous les degrés, toutes les formes possibles de troubles de la sensibilité générale; lorsqu'ils sont très accentués, l'affection a été désignée sous le nom de cérébro-spinale.

En dehors des troubles de la sensibilité générale, on observe quelques autres symptômes d'ordre physique que l'on rencontre d'habitude dans d'autres variétés de la mélancolie; il faut en tenir compte. Dans les périodes d'exacerbation, les malades se plaignent de maux de tête, d'insomnie, ils ont des rêves toujours en rapport avec leurs idées délirantes et qui reflètent comme un miroir leurs incessantes préoccupations. Ils se plaignent d'étourdissements, leur vue est fatiguée.

Leur attitude est remarquable, mystérieuse, le regard soupçonneux, méfiant, quelquefois timide; chez beaucoup d'entre eux, l'expression de la figure est triste, découragée.

Le langage lui-même a quelque chose de caractéristique; chez quelques-uns, les expressions dont ils se servent pour faire comprendre ce qu'ils ressentent sont bizarres, en rapport avec l'étrangeté des sensations qu'ils éprouvent. X... nous dit qu'on lui fait des méchancetés, *des infernalties*. Il entend comme des voix sourdes, il les appelle *le parlement sourd*; même quand il s'éloigne de ce pays, lorsqu'il va à soixante-dix lieues de Paris, on lui fait entendre le même *parlement*.

Ce qui caractérise l'état psychique chez le plus grand nombre, c'est la dépression de volonté, l'absence de toute initiative. Ils disent eux-mêmes qu'ils sont placés sous une espèce de domination contre laquelle ils s'efforcent en vain de réagir. Ils cherchent quelquefois à échapper par différents moyens, par les actes les plus

bizarres, et souvent les plus dangereux, à cette force qui les domine. X... tire contre un mur plusieurs balles de son revolver, croyant atteindre ses ennemis ; un autre se poignarde par suite du découragement qui l'a pris.

La souffrance morale plus encore que les souffrances physiques rendent aux malheureux l'existence absolument intolérable.

D... écrit dans une lettre à son oncle, curé dans une campagne, qu'il lui semble qu'il fait horreur à tout le monde ; il s'imaginait que personne ne voulait plus avoir avec lui la moindre relation, il se croyait obligé de coucher hors de chez lui, cherchant sa nourriture dans les tas d'ordures qu'il trouvait à la porte des maisons. Tout Paris, ainsi que d'autres pays, lui semblaient à sa poursuite ; cela lui causait des irritations, des attaques de nerfs. Il préférait l'isolement à la société des hommes.

J.-J. Rousseau, le célèbre auteur, dit le Dr Mœbius, est convaincu que tout le monde l'épie, que ses ennemis complotent pour s'emparer de ses papiers, on veut le déshonorer, tout le monde le regarde de travers, on chuchotte sur son passage, on brise le cachet de ses lettres, personne ne veut le servir, on tente de le faire passer pour un empoisonneur, on cherche à se défaire de lui. — Le toit sous lequel il repose a des yeux, les murailles qui l'entourent des oreilles, il est entouré d'espions, d'observateurs malveillants et toujours attentifs ; dès qu'il veut se reposer quelque part, les murailles, les planches, les serrures sont l'objet d'une préparation particulière de la part de ses ennemis : puisqu'on l'a odieusement calomnié, qu'on a répandu sur son compte les bruits les plus calomnieux et les plus outrageants, et que tous leurs efforts tendent à le déshonorer, lui, J.-J. Rousseau, veut consacrer sa vie à défendre son honneur, à réfuter ces calomnies par tous les moyens. Et l'un de ces moyens consistait en rien moins que d'aller par les promenades, distribuer des notes justificatives aux passants dont l'aspect pouvait lui inspirer confiance. (*Histoire de la maladie de J.-J. Rousseau*, par P.-J. Mœbius, Leipzig, 1889, citée par le *Progrès médical*, 2 novembre 1889.)

Quelques hallucinés restent enfermés chez eux sans vouloir communiquer avec personne ; persuadés que la

police les suit, ils se barricadent chez eux, regardent à travers les persiennes, changent leur lit de place, frappent le plancher pour empêcher les voix d'en sortir. Un de nos malades part pour l'Amérique pour fuir ses persécuteurs, et se fait arrêter à Rio-Janeiro, dans un état de dérangement complet.

On a divisé les aliénés persécutés en deux catégories, les persécutés passifs et les persécutés actifs ; ceux qui restent dans un état de tristesse et d'inertie subissent passivement les souffrances qu'ils endurent, et ceux, au contraire, qui réagissent, qui veulent se venger de leurs ennemis imaginaires et que pour cette raison on a désignés sous le nom de persécutés persécuteurs.

Cette division a sa raison d'être au point de vue surtout des actes commis par les malades, mais elle ne caractérise pas absolument deux catégories distinctes de persécutés ; le même individu, après être resté passif pendant un temps plus ou moins long, finit par devenir actif, et se transforme en persécuteur ; ce sont même, chez quelques individus, des périodes qui se succèdent les uns aux autres à des intervalles irréguliers.

R... est, depuis douze ans, atteint du même délire de persécution avec périodes de rémission et d'exacerbation, ou plutôt avec des périodes de prostration et d'inertie et des moments d'excitation sous l'influence desquels il devient dangereux pour sa femme et sa sœur.

Pendant les périodes de dépression, il pleure ; il s' imagine qu'on l'accuse d'avoir volé, on écrit dans les journaux des articles à son sujet, on fait des romans sur lui, il en donne comme preuve le feuilleton du *Petit Journal*, qu'il lit ; on le traite de paillasse, etc..., il est entièrement découragé. A d'autres moments, il est excité, il accuse sa femme de mettre du poison dans ses vêtements, dans son gilet ; sa sœur, d'être complice avec sa femme et le commissaire du quartier ; il s'est livré à des actes de violence à l'égard des personnes qui l'entouraient.

Les aliénés persécuteurs sont dangereux, nous n'en

résumerons pas l'histoire, elle est faite. Nous nous bornerons à résumer les quelques observations suivantes :

V... se plaint des intrigues dirigées contre lui par sa maîtresse. Cette femme amène tout le monde contre lui, elle a surtout un grand pouvoir sur les chiffonniers qu'elle fait travailler, elle emploie ce pouvoir à le faire persécuter. Il achète un pistolet pour la tuer et se tuer après ; c'est alors qu'il a été arrêté.

J... est atteint de folie héréditaire et de délire de persécution, il a fait plusieurs tentatives de suicide, il a été arrêté en dernier lieu après une tentative de meurtre, il avait frappé d'un coup de couteau la femme avec laquelle il vivait. Il est atteint d'un délire de persécution très accentué. On a employé, dit-il, tous les moyens pour blesser son amour-propre ; ses amis étaient contre lui, on lui donnait à comprendre des choses qu'il n'avait pas faites. Il était sombre, méfiant, ressentait comme une sorte de bandeau qui lui serrait la région frontale. Son père s'était suicidé, sa mère était nerveuse, son frère était faible de tête, enfin ses enfants avaient été atteints de convulsions.

Le plus grand nombre des individus atteints de délire de persécution font les dénonciations les plus déraisonnables, se livrent aux récriminations les plus passionnées. Ils font les efforts les plus énergiques pour intéresser le public à leur cause, et, comme nous le verrons, quelques-uns finissent par trouver dans certains journaux, absolument inconscients d'une pareille situation, un appui qui leur permet de donner du retentissement à leurs accusations les plus perfides.

Sous le titre de : *Un scandale*, nous lisons dans un journal de province le fait suivant. « Ce n'est pas la première fois qu'on nous rapporte des faits ignobles qui, paraît-il, se passent à l'asile de X... Nous recevons en ce moment des détails tellement épouvantables, qu'ils dépassent l'imagination. La chose a été portée devant le conseil municipal par le citoyen X..., etc...

« Le sieur J. M... est, dit le citoyen conseiller municipal, la victime d'une séquestration arbitraire. Le commissaire de police, B..., un médecin, une femme, un prêtre, la bande à *Coco*, sont formellement dénoncés. Le ministère de la justice fut informé

et on étouffa l'affaire. J. M... demanda réparation et justice, c'est à la presse à l'aider à l'obtenir; venu à Paris pour faire auprès de la justice les démarches les plus fatigantes, il fut conduit à la préfecture de police et mis en cellule. On dressa alors contre lui, dit-il, un faux certificat de délire de persécution. »

Sorti depuis plus de huit ans d'un des asiles de la Seine où il avait dû être interné, il ne cesse de poursuivre de sa haine et de son esprit de vengeance l'administration et les personnes qui ont eu la mauvaise chance d'avoir à s'occuper de lui. Impossible d'échapper à ses intolérables poursuites.

Bel... avait quitté Lyon, où il travaillait, pour fuir ses persécuteurs; venu à Paris, il prétend que ses persécuteurs l'ont suivi de Lyon pour le persécuter. Il va chez le commissaire de police, dénoncer un nommé X..., brigadier d'équipe, sous les ordres duquel il travaillait à Lyon; ce brigadier le poursuit, il cherche à l'assassiner pour lui faire céder un droit qu'il tient de sa famille, il cherche à le faire brûler, il lui fait jeter des pierres, etc...

P... est atteint depuis un an de délire de persécution, il est arrêté portant un poignard et un revolver. Il prétend que les agents de police lui suscitent toutes sortes de tracasseries, ils le suivent, se mêlent, sans en avoir le droit, de ses affaires. Il ne voulait plus manger, pour faire une sorte de protestation contre ce qui se faisait à son égard. Il intente des procès aux crémiers chez lesquels il prenait sa pension, sous prétexte d'avoir été empoisonné.

B... tue sa femme, poussé, dit-il, par des somnambules...

On pourrait multiplier à l'infini ces sortes d'exemples; non seulement on observe chez ces individus les actes les plus dangereux, mais encore les plus bizarres, comme une conséquence des idées qui les dominent.

B... est arrêté sur la plainte d'une maîtresse de pension, il était allé lui demander un verre d'urine d'une jeune fille vierge et absolument sage, il voulait boire cette urine en pensant que cela le guérirait.

Sous le titre : *Les persécutés en liberté*, le professeur Ball a décrit toute une catégorie de persécutés, qu'il a appelés les persécutés migrants.

Les uns, *voyageurs*, partent brusquement pour accomplir un long voyage, non seulement jusqu'au bout de

la France, mais encore jusqu'au fond de l'Amérique. Ils obéissent à une idée depuis longtemps caressée et qui découle de toute une série de conceptions délirantes. Tourmentés sans cesse par d'invisibles ennemis, ils veulent à tout prix leur échapper : de là ces fugues désespérées, ces départs pour un lieu souvent très lointain, mais qui ont toujours pour but de les soustraire à une position intolérable.

2° Les persécutés *déménageurs*, qui sans cesse déménagent d'une rue à l'autre, de quartier en quartier, sans jamais trouver le calme auquel ils aspirent.

3° Les persécutés *visiteurs*, qui entreprennent des séries de visites qui deviennent une véritable calamité pour ceux qui en sont l'objet. Ils exigent la réparation des injustices dont ils se disent victimes, la restitution d'une fortune imaginaire, les récompenses qu'ils ont méritées pour les services qu'ils prétendent avoir rendus. Tantôt, au contraire, il s'agit pour eux de déposer des plaintes, d'obtenir des réparations, de se faire délivrer des certificats.

On pourrait multiplier à l'infini ces divisions, suivant les actes bizarres auxquels ces malheureux sont poussés pour se soustraire à leurs idées déraisonnables et obsédantes. Le professeur Ball fait à ce sujet une observation juste, que tout médecin expérimenté ne doit pas perdre de vue en pareille circonstance. Il faut résister, à l'égard d'un persécuté, à la bienveillance naturelle qui nous anime envers ceux qui souffrent. L'expérience démontre, en effet, que toute personne qui s'est intéressée à un persécuté et qui a cherché à lui rendre service devient invariablement, par là même, l'objet de sa haine.

D'une manière générale, l'évolution du délire systématisé de persécution est celle que l'on rencontre pour les autres vésanies, lorsqu'elles ne sont pas associées à

d'autres affections organiques. Le délire, par lui-même, n'a qu'une influence secondaire sur l'organisme, il n'apporte à l'exercice normal des fonctions, d'autre entrave qu'à celle que peuvent produire les actes déraisonnables du malade, les conséquences qui en résultent, l'abstinence, par exemple, par crainte du poison.

Le délire de persécution, celui surtout qui ne se combine pas avec d'autres formes mentales, constitue d'habitude un état stationnaire, avec des périodes de calme et d'excitation, qui peut durer de longues années, sans présenter la moindre modification, quelquefois pendant tout le cours de l'existence de l'individu. Comme pour les autres vésanies, les différentes variétés de la mélancolie, le délire mégalomane systématisé, dégagé de toute complication, il détermine lentement l'affaiblissement des facultés et un état plus ou moins marqué de démence. Dans quelques cas exceptionnels, la guérison peut être obtenue après une durée d'un ou deux ans, mais avec une tendance à récidiver.

Dans d'autres cas, on observe une évolution particulière avec terminaison par la démence ; quelques médecins ont créé, pour cette catégorie de faits, le nom de délire chronique, qui ne rappelle en rien la nature de la maladie, et ils ont voulu, à tort, faire de cette évolution une règle sans exception. Dans quelques cas, enfin, le délire existe sous une forme intermittente.

V... est atteint de délire de persécution avec hallucinations très persistantes de l'ouïe. Il avait acheté un pistolet pour tuer la femme avec laquelle il vivait, et qui l'accusait de vol, de pédérastie et de viol ; elle ameutait tout le monde contre lui. Cet état d'exaltation disparaît quelques jours après son entrée à l'asile ; il écrit des lettres très sensées à ses parents, il leur demande pardon du mal qu'il leur a fait : « Heureusement, dit-il, il n'a pas accompli la mauvaise action à laquelle il était poussé. Grâce à Dieu, ses idées sont entièrement passées. » Remis en liberté, il est de nouveau arrêté quelques jours après

sa sortie, portant encore un pistolet chargé, il voulait se venger des accusations et des outrages qu'il avait reçus. Puis il ne tarde pas à se rétablir complètement; ce n'était, dit-il, qu'une folie momentanée due à un état de surexcitation nerveuse.

Les faits d'intermittence sont exceptionnels.

Le délire de persécution présente toutes les formes, toutes les variétés possibles; nous les passerons rapidement en revue dans la seconde partie de ce travail.

(*A suivre.*)

SUICIDES ÉTRANGES

Par le Dr Paul MOREAU (de Tours).

Le suicide est à l'ordre du jour ; aucune classe de la société n'échappe à sa funeste influence. L'enfant comme le vieillard lui paient chaque jour un tribut de plus en plus élevé. Il y a dans cette manifestation, à laquelle nous assistons depuis plusieurs années déjà, une contagion, une véritable épidémie toujours croissante, qui, si on ne prend des mesures énergiques pour la combattre, atteindra des proportions désastreuses (1).

Nous ne voulons pas refaire ici l'histoire du suicide. Les motifs pour lesquels l'homme se croit le droit de quitter cette vie peuvent être bons ou mauvais, peu nous importe ; nous n'envisageons que le fait accompli.

Dans ce court mémoire, nous voulons signaler quelques suicides, certains modes d'exécution de l'acte qui, par leur bizarrerie, leur étrangeté, on pourrait dire leur sauvagerie féroce, étonnent, épouvantent, lorsqu'on vient à les connaître.

Dans quel état d'esprit se trouvaient ces suicidés ? A quel mobile ont-ils obéi ? A quelle cause morale peut-on rapporter leur détermination et le choix qu'ils ont fait

(1) Dans notre thèse, nous avons recherché la nature et les causes du suicide épidémique et nous avons indiqué les moyens qui nous paraissent les plus propres à les combattre. — *De la contagion du suicide à propos de l'épidémie actuelle* (thèse de Paris, 1875). — V. aussi l'article *Suicide*, Dict. de Jaccoud.

de tel genre de mort plutôt que de tel autre, c'est ce que nous allons essayer de rechercher.

Les moyens employés pour se tuer sont groupés en plusieurs catégories nettement déterminées par de nombreuses statistiques.

En Europe, la strangulation est de beaucoup le mode le plus employé ; la submersion ne vient qu'après dans des proportions moindres ; puis arrivent les armes à feu. L'emploi des armes blanches est beaucoup plus rare. La propension à se précipiter d'un lieu élevé se constate plus en France et en Italie que dans les autres pays. Le poison, très employé en Angleterre et particulièrement en Irlande, l'est rarement dans les autres pays, sauf l'Italie. La France se distingue par le nombre exceptionnel de ses asphyxies par le charbon, mais il importe de faire remarquer que les deux tiers de ces suicides appartiennent à Paris d'abord, puis au département de la Seine. L'Italie tend à emprunter à la France ce dernier mode de suicide.

D'une façon générale, on a constaté que l'homme se pend, se brûle la cervelle, se coupe la gorge beaucoup plus souvent que la femme. Celle-ci se noie, s'empoisonne, s'asphyxie, se précipite dans une plus forte proportion.

Les suicides dont nous avons à parler ne font pas exception à la règle générale ; les moyens d'exécution rentrent dans une des classes que nous venons d'indiquer : ce sont toujours aux armes à feu, à la pendaison, à la submersion, à l'asphyxie, qu'ont recours ceux qui veulent sortir de ce monde. Mais là où la différence se manifeste, c'est dans le détail, dans le raffinement, si on peut s'exprimer ainsi, dans la ténacité et la ferme volonté évidente qui se traduit dans la perpétration de l'acte.

Avant d'examiner ces faits dans leurs détails, on doit

tout d'abord se demander quel était l'état mental *présomable* de ces infortunés au moment de l'exécution du suicide.

Ici, il nous semble, il ne peut y avoir d'hésitation : les suicidés étaient sains d'esprit ou se trouvaient en puissance d'un état mental morbide nettement défini. Les uns agissaient en pleine connaissance de cause, en pleine liberté, avec une volonté bien arrêtée de s'ôter la vie et surtout de ne pas se manquer. Parmi eux se trouvent les criminels qui se tuent pour échapper à l'ignominie de l'échafaud. Ceux-là n'ont pas le choix des moyens. Le plus souvent surveillés de très près, ils se tuent avec ce qu'ils ont sous la main, avec ce qu'ils peuvent et parfois, prévoyant le sort qui les attend, ils parviennent à dissimuler l'objet qui doit leur servir à s'ôter l'existence au moment voulu. Ceux-là, nous le répétons, sont sains d'esprit ; ils agissent en pleine connaissance de cause ; leur volonté inébranlable d'échapper à une mort ignominieuse est une raison suffisante pour expliquer leur ténacité et leur énergie.

Les autres, obéissant à une impulsion malade, le suicide, chez eux, n'est que le résultat de leur délire. Sans volonté morale capable de lutter avec avantage contre l'entraînement malade, ils sont les premières victimes de la contagion épidémique comme aussi de l'imitation. Ceux-là étaient sous le coup d'une influence héréditaire qui suffit à donner l'explication de leur faiblesse psychique.

D'autres, véritables aliénés, se tuent pour obéir à leurs convictions délirantes. Ce sont les aliénés *suicideurs*. Ces suicidés invétérés qui veulent se tuer à toute force et qui, malgré la surveillance la plus attentive, arrivent toujours à leur but, choisissent souvent un genre de mort d'exécution difficile pour eux, alors qu'ils ne songent pas à employer les outils ou les instruments

qu'ils ont sous la main et dont ils font constamment usage, ou tout autre moyen d'exécution facile, la submersion, la pendaison, par exemple.

Enfin, on trouve une classe intermédiaire, mal définie, le suicide impulsif.

En présence de ces faits, on est amené à se demander s'il n'existe pas des caractères qui permettent, jusqu'à un certain point, d'établir une distinction entre le suicidé sain d'esprit et le suicidé aliéné. D'après Marc (1), « le mode de suicide choisi pour se priver de la vie peut, dans quelques circonstances, contribuer à éclairer l'opinion sur la situation du suicidé. Plus ce mode est insolite, douloureux, cruel, plus il est permis de conclure en général à un dérangement des facultés intellectuelles. Toutefois il ne faut pas oublier d'avoir égard dans cette recherche à l'impossibilité dans laquelle a pu se trouver le suicidé d'en choisir un autre. »

Guislain (2) a tenté également d'établir cette distinction. « Le suicide, dit-il, est une des situations au sujet desquelles l'opinion s'établit avec le plus d'incertitude. Pour beaucoup de personnes, le suicide se rattache à un égarement morbide ; pour d'autres, il est un acte physiologique. Il est des suicides qui sont considérés comme l'expression d'une volonté libre, tandis qu'ils tiennent à un état maladif. Le suicide physiologique, comme l'assassinat, le vol criminel, se rattache directement à certaines causes. Les bons conseils, la réflexion, l'esprit religieux, une erreur dévoilée, modifient la détermination de l'homme qui les commet. Chez l'aliéné, le suicide est un acte irrésistible et a ses phénomènes précurseurs, il a ses phénomènes concomitants ; en dehors du phéno-

(1) Marc, *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*. J.-B. Baillière, 1840.

(2) Guislain, *Leçons orales sur les phrénopathies*, t. I, p. 73. J.-B. Baillière, édit., 1852.

mène principal, on découvre la maladie ; il ne dépend pas de l'individu de le faire cesser. Mais vous pouvez faire cesser la détermination de se détruire, vous le pouvez à l'instant même chez l'homme sain d'esprit en faisant arriver à sa raison un ordre d'idées consolantes. Vous donnez 50, 100, 200,000 francs à un industriel ruiné qui est sur le point de se brûler la cervelle et vous le faites renoncer à son funeste projet. Chez l'aliéné, vous n'arrêterez pas la détermination par aucun moyen moral connu. Sa maladie a des prodromes, une évolution, une décroissance.

« Il est des hommes blasés, fatigués de la vie : ceux-là ne sont pas des aliénés ; ce sont des individus usés, maladifs, qui souvent ont trop vécu selon les lois de la nature. Chez eux, le cerveau est frappé d'anorexie, s'il est permis d'appliquer à l'organe intellectuel ce qui appartient à l'estomac. »

D'autres auteurs, parmi lesquels Trélat, sont plus explicites ; pour eux, tout suicidé, quel que soit le mode d'exécution auquel il a eu recours, ne jouit pas de son bon sens, c'est un aliéné. Nous ne ferons que signaler ces diverses opinions, et sans vouloir entrer dans une discussion philosophique dont la solution, on peut le dire sans crainte, est impossible, car *tot capita tot sensus*, nous dirons que pour nous, si la majorité des gens qui se tuent est constituée par des déséquilibrés, il en est cependant d'autres, en petit nombre sans doute, qui sont parfaitement sains d'esprit au moment de la perpétration de l'acte.

Les faits qui nous ont servi pour ce travail ont été recueillis dans les feuilles publiques. Les renseignements sur les antécédents des suicidés font presque toujours défaut, et nous n'avons sur le moral de ces individus que des présomptions tirées de l'acte lui-même. Quelques rares observations médicales nous permettent

seules de préjuger par analogie de l'état le plus ordinairement, mais non constamment morbide de ces individus.

Reprenons chaque classe et examinons les faits.

Il est un certain nombre de circonstances où l'individu qui s'ôte la vie le fait en pleine connaissance de cause et en parfaite volonté ; il y a, pour nous servir de l'expression de Falret, « il y a conscience de l'action qui est elle-même le résultat funeste de la volonté. » Cette mort est celle de tant d'individus soupçonnés, à tort ou à raison, d'un crime entraînant après lui une peine infamante, qui se timent pour éviter le déshonneur du bagne ou de l'échafaud. L'antiquité nous donne des exemples de ce genre et Sénèque rapporte qu'au combat des bêtes, un Germain, destiné au spectacle du matin, feignant un besoin naturel, se retira dans le seul endroit où il pût aller sans garde. N'y ayant trouvé qu'un bâton à l'extrémité duquel se trouvait une éponge destinée à entretenir la propreté de ces lieux, il se l'enfonça assez avant dans le gosier pour s'étouffer.

Le même auteur dit aussi qu'un malheureux conduit au combat dans un chariot entouré de gardes feignit de s'endormir, laissa tomber sa tête, l'allongea suffisamment pour la faire passer entre les rayons des roues de la voiture, puis se tint ferme sur son siège jusqu'à ce que la révolution de la roue lui eut brisé les vertèbres du cou. De cette façon, le chariot qui le conduisait au supplice servit à l'y soustraire.

Les annales de la Révolution française renferment le récit d'un grand nombre de suicides accomplis avec une énergie réelle, un sang-froid étonnant, par des malheureux qui pendant la Terreur peuplaient les cachots. On n'a pas oublié la mort volontaire d'un grand nombre de Girondins. Les uns prirent du poison, les autres eurent recours aux armes à feu, au poignard, à la strangulation..., etc.

Les faits de ce genre ne sont pas absolument rares et se retrouvent chez tous les peuples.

Récemment l'attention publique était attirée par un suicide qui dénotait chez son auteur une volonté inébranlable de s'ôter la vie :

Le 11 novembre 1887, l'anarchiste Lingg, condamné à mort par la cour de Chicago, s'est suicidé dans sa prison. Il s'est placé dans la bouche une cartouche explosive à laquelle il a mis le feu avec une bougie qu'il avait dans sa cellule. L'explosion fit un bruit terrible; les gardiens s'élançèrent dans la cellule toute remplie de fumée et trouvèrent Lingg couché sur le dos, ayant au front de grands trous d'où le sang coulait à torrents. Il poussait des gémissements et toussait légèrement.

On l'examina et on constata que les tissus de la gorge, du cou, du front et de la mâchoire avaient été déchirés. Malgré ces horribles blessures, l'infortuné languit quelques heures et ne mourut que dans l'après-midi.

— A Liverpool, un prisonnier s'est suicidé dans sa cellule en pratiquant une entaille aux conduites de gaz. Il est mort asphyxié (mars 1888).

Il est encore des cas où le suicidé, parfaitement sain d'esprit, pour obéir à des motifs d'ordre religieux, en expiation d'une faute grave et aussi suivant en cela les errements de son pays, se torture à plaisir, avec la conviction profonde qu'il fait œuvre méritoire. Voici un fait de ce genre qui a été rapporté par un missionnaire qui a passé de longues années en Chine, le R. P. Ducis :

Pé, c'était le nom de cet homme, habitait Ning-Pô. Il avait séduit la femme de son frère, et celui-ci était mort de chagrin. Pé fut pris de remords et résolut de se châtier lui-même d'une façon exemplaire.

En conséquence, malgré les supplications du P. Ducis qui le connaissait et s'était même bercé de l'espoir de le convertir, il annonça le dessein de se tuer et rassembla toute sa famille pour exécuter son projet en sa présence.

Quand tous ses parents furent là, il s'attacha les pieds avec une forte corde et se fit hisser au plafond, la tête en bas. Puis les siens rangés autour de lui, il attendit la mort. Elle fut ef-

froyable et horrible, longue à venir. Le sang affluant à la tête, gonflait les veines à les faire éclater, les yeux saillaient de leurs orbites et des gouttelettes rouges perlaient aux oreilles violacées. Au bout d'un quart d'heure, suivant un ordre qu'il avait donné avant de se faire suspendre, on lui attacha un poids très lourd à sa natte, afin de lui tirer douloureusement la peau du crâne. Cela dura jusqu'à ce qu'il fut mort. Il n'avait pas laissé échapper le moindre gémissément.

Dans une seconde catégorie, nous nous trouvons en présence d'individus sains d'esprit (en apparence du moins), parfaitement libres d'eux-mêmes, et pouvant choisir le mode de suicide qui leur paraît le plus convenable, s'arrêter à des moyens épouvantables, pour l'emploi desquels il faut posséder une énergie des plus rares. Chez ces individus paraît dominer surtout la préoccupation de ne pas se manquer. Peut-être ont-ils une arrière-pensée, peut-être doutent-ils d'eux-mêmes, et, s'ils venaient à se blesser, à se mutiler, alors ils souffriraient et n'auraient pas le courage de recommencer leur tentative. Ils veulent bien se tuer, mais il faut que ce soit du premier coup.

Il faut remarquer ici que l'imitation n'est pas sans avoir d'influence dans le choix des moyens : un individu pour s'ôter la vie s'est servi d'un moyen extraordinaire mais sûr ; les journaux en ont rendu compte avec un luxe de détails méticuleux ; cet avis n'est pas à négliger, et à l'occasion tel individu en quête d'un procédé y aura recours et reproduira textuellement, dans ses plus petits détails, le suicide dont il aura lu le récit et dont il aura entendu raconter les péripéties.

D'autres fois, et toujours dans le même ordre d'idées, certains suicides qui, *a priori*, semblent dénoter chez leurs auteurs un dérangement d'esprit, ne sont en réalité qu'une juste conséquence, un résultat logique, de leur existence de chaque jour. Ces individus pour se tuer recourent naturellement aux instruments de leur

profession, à des objets dont ils se servent constamment et qui leur assurent un résultat certain. Ils ont confiance en leur puissance, ils s'en servent.

C'est là d'ailleurs un fait d'observation journalière et Esquirol avait fait remarquer que les militaires et les chasseurs se brûlent la cervelle, les perruquiers se coupent la gorge avec le rasoir, les cordonniers s'ouvrent le ventre avec le tranchet, les graveurs avec le burin, les blanchisseuses s'empoisonnent avec la potasse et le blen de Prusse on s'asphyxie avec le charbon. Suivant cet ordre d'idées, nous citerons les faits suivants qui, au premier abord, paraissent entachés d'une étrange aberration.

A Cattaro, en Dalmatie, un lieutenant d'artillerie de forteresse s'est tué d'un coup de canon qu'il avait chargé d'un obus et auquel il a mis le feu au moyen d'une règle munie d'une mèche (juillet 1885).

— B..., engagé volontaire, âgé de vingt-six ans, sous-chef artificier à la 12^e batterie du 3^e d'artillerie, détaché pour le service de l'école d'application, jeune homme très aimé de ses camarades et de ses subordonnés, s'est introduit dans une batterie des docks, en prétextant qu'il allait vérifier l'état de conservation des munitions. B... s'est alors placé à la bouche d'un canon qu'il fit partir à l'aide d'un tire-feu. Le malheureux a été coupé en deux, à la hauteur de la ceinture ; le buste, réduit en lambeaux, n'a pu être reconstitué ; des débris de membres étaient projetés sur la toiture défoncée en plusieurs endroits (mars 1886).

Ces deux faits s'étant passés à quelques mois d'intervalle, on est tenté de croire que B... avait en connaissance du premier ; il est probable que les motifs qui ont causé sa détermination n'auraient en rien influé sur sa décision de se tuer. Il l'aurait fait quand même, mais aurait eu recours à un autre moyen, voilà tout.

Il y a quelques années, un ouvrier se tuait dans les ateliers de M^{me} C..., fabricante de petits canons en cuivre, en se tirant

dans la tête un coup de ces petits canons qu'il fabriquait (1882).

— Peu de temps après, un enfant de douze ans, qui avait entendu parler de ce fait par ses parents, dit : « Tiens, c'est une idée, je ferai comme lui. » On n'attacha aucune importance à ces paroles. Un jour, on le trouva mort au pied d'une table sur laquelle était un de ces canons. Pour que le doute ne fut pas possible, il avait laissé un papier avec ces mots : « Je me suis brûlé la cervelle exprès. » Aucune raison ne pouvait expliquer cette fatale décision. C'est alors que les parents se rappelèrent ce que leur enfant leur avait dit.

Dans ce dernier cas, le rôle de l'imitation n'est pas niable et ce qu'il importe de remarquer, c'est que son action pernicieuse a frappé un enfant à peine âgé de douze ans !

Puis, c'est un forgeron qui après avoir rempli de poudre, de plomb, de morceaux de fer, un tube d'acier, plaça le bout fermé du tube sur un feu de forge et s'étant appuyé contre la poitrine le bout resté libre, attendit tranquillement que la chaleur du feu déterminât l'explosion de la poudre. Le malheureux ne s'est pas tué sur le coup (avril 1875).

D'autres ont recours à l'écrasement :

D..., maréchal ferrant, ayant barricadé toutes les portes et fenêtres de sa boutique, se coucha sur le sol après avoir disposé son enclume de façon qu'elle lui tombât sur la tête aussitôt qu'il lui aurait imprimé un léger mouvement. Dans sa chute, cette enclume, qui pesait 250 kilogr., a littéralement broyé la tête du malheureux forgeron.

— Un ouvrier d'une grande usine métallurgique s'est de même écrasé la tête en se plaçant sous un énorme marteau-pilon et en faisant jouer le robinet de mise en marche avec une corde qu'il y avait attachée.

Quelques-uns font moins d'appréts ; ils se font simplement broyer par un train lancé à toute vapeur :

Le 6 juillet 1887, le mécanicien du train express de Creil à Paris aperçut sur la voie un individu qui venait à la rencontre de la locomotive, la figure cachée dans ses mains.

Le mécanicien fit jouer aussitôt le sifflet d'alarme et serra le frein, mais le train était lancé à une telle vitesse qu'il ne put s'arrêter immédiatement. L'individu placé entre les rails fut renversé et broyé d'une façon épouvantable.

L'amour déçu a parfois inspiré de lugubres suicides :

Un sieur M..., ancien cocher, vient de se donner la mort par un procédé qui n'est certainement pas ordinaire. Il a eu recours au garrot. Ce malheureux très épris, malgré ses cinquante ans, d'une jeune femme qu'il désespérait d'épouser, s'est tué ce matin. On l'a retrouvé en chemise, étendu sur le parquet. Il avait songé d'abord à se couper la gorge, car il avait laissé tous ses rasoirs ouverts sur la table de nuit. Puis trouvant sans doute ce genre de mort trop horrible, M... a noué autour de son cou un foulard de soie rouge, faisant deux ou trois tours très serrés. Il a passé entre la nuque et le foulard un bâton très solide et le prenant par chaque extrémité, lui a fait décrire un tour. La pression a été telle que M... est tombé foudroyé. Quand on l'a relevé, deux heures après, les deux mains étaient encore élevées derrière la tête et cramponnées au bâton (23 mars 1888).

On a vu des jeunes gens déployer une énergie incroyable et faire choix d'un épouvantable genre de mort. On ne peut s'expliquer le mobile qui les a déterminés à s'imposer volontairement une torture aussi horrible.

Deux jeunes gens, presque des enfants, le garçon a vingt-trois ans, la fille dix-huit, s'étaient épris l'un de l'autre. La famille, s'étant aperçue de la passion de B..., chercha à détourner le jeune homme des projets de mariage qu'il avait formés avec C... Mais tous les efforts furent inutiles et B..., quittant la maison paternelle, vint chercher du travail à Bordeaux, où il recevait de fréquentes visites de celle qu'il aimait.

Dans la nuit de vendredi à samedi, C... quitta le Carbon-Blanc, et vint retrouver B... à Bordeaux pour mettre à exécution un sinistre projet.

Après avoir suivi à la Bastide le chemin de halage qui conduit à la Souys et de là à la Tresne, les deux jeunes gens s'arrêtèrent près du ponton des gondoles, aux Collines ; la nuit était obscure, c'était le moment de la marée basse.

Le couple alla se placer sur un terrain vaseux ; puis B... prenant une corde dont il s'était muni, lia fortement son corps contre celui de C... Ainsi liés, les deux malheureux jeunes gens attendirent la marée montante, et le lendemain, au point du jour, deux pêcheurs retrouvèrent leurs cadavres (juillet 1880).

Il en est encore qui, véritables égoïstes, pour se donner la mort, ne craignent pas d'employer des moyens capables de faire périr plusieurs personnes avec eux.

M. G..., domicilié à Paris, ayant résolu de se tuer, s'arrêta au moyen suivant : il ferma soigneusement les fenêtres de sa chambre à coucher, les calfeutra et boucha hermétiquement sa cheminée, comme s'il voulait s'asphyxier. Puis après avoir ouvert le robinet du gaz, il sortit et s'en alla mettre ordre à ses affaires.

A sept heures du soir, il rentra et pria la concierge de lui prêter une bougie allumée. De l'air le plus tranquille du monde, en apparence, il monta alors jusqu'à son palier, tenant la bougie de la main gauche et la clef de la main droite, puis il ouvrit brusquement la porte et entra.

Toute la maison fut secouée par l'explosion et un torrent de flammes s'élança par la fenêtre brisée et par la porte. On accourut au secours, on ferma le compteur et tout se borna à des dégâts insignifiants.

Quant au malheureux G..., il gisait au milieu de sa chambre horriblement défiguré et brûlé. Il est mort un quart d'heure après. A l'heure où il se suicidait d'une façon aussi dangereuse pour ses voisins, son père recevait une lettre dans laquelle il lui annonçait son sinistre projet (1874).

A la suite de ces suicidés sains d'esprit (selon toute apparence du moins), il est d'autres individus qui, par l'état particulier où ils se trouvent, établissent une sorte de transition entre les précédents et les suicidés franchement aliénés. Nous voulons parler de ces infortunés en proie à une maladie incurable, qui, après avoir lutté de longues années contre la maladie qui les envahissait, finissent par succomber moralement et se donnent volontairement la mort pour mettre un terme aux souff-

frances qui les torturent. Quelques-uns, ainsi que le montrent les exemples suivants, déploient dans l'accomplissement de leur sinistre projet une énergie indomptable.

Un jeune homme de Clermont-Ferrand, qui suivait les cours de l'École de médecine, atteint d'une maladie incurable, avala de la morphine pour mettre fin à ses jours. La mort ne venant pas assez vite, le jeune homme résolut de s'arracher le cœur. A trois reprises différentes, il se fouilla la poitrine avec un scalpel. Entre chaque opération, il avait le sombre courage de consigner des observations pathologiques sur un papier qu'on a retrouvé inondé de sang. Enfin le malheureux se porta un coup mortel.

Un autre suicide fut commis à Paris, dans des circonstances qui, nous sommes forcé de l'avouer, ont presque un côté comique.

Un M. S..., chapelier, demeurant à Passy, dégoûté de l'existence par une maladie incurable, a eu la singulière idée de s'étouffer en s'enfonçant jusqu'au cou un chapeau de soie très étroit.

Quand on l'a trouvé, il était mort depuis longtemps. Sur le haut du chapeau, il avait fixé avec quatre épingles un billet faisant connaître les motifs de sa mort.

(A suivre.)

Médecine légale

HYSTÉRIQUES INFANTICIDES

Par le Dr Pierre HOSPITAL

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Clermont-Ferrand.

Il y a peu de maladies sur lesquelles on ait tant écrit que *l'hystérie*. Elle est connue depuis la plus haute antiquité, et les auteurs nous apprennent que beaucoup de ces malades sont dangereuses, soit pour elles-mêmes, soit pour autrui. Lasègue a relaté leur forte tendance au mensonge effronté (*Sem. méd.*, 1888) et Grasset, de Montpellier, publiait dernièrement une observation dans laquelle la ruserie d'une hystérique avait failli avoir de graves conséquences (*Ibid.*, 1890). Il faut donc être fort en défiance à leur égard. Dans les cas non simulés, il peut y avoir chez elles une sorte d'automatisme somnambulique, lors des crises, ainsi que les spécialistes ont appelé cet état pendant lequel le discernement, comme dans le rêve, ne fonctionne plus ; l'impulsion coléreuse, seule, se donne carrière, et, parfois, un acte violent est instantanément commis. On cite, à l'appui de cette thèse, un grand nombre d'observations, et la mythologie, elle-même, nous offre des exemples restés célèbres, tels que, en Grèce, Médée, dans les temps héroïques, et Norma, chez les Celtes, moins coupable, puisque son bras s'arrêta au moment de frapper ses enfants. Ces épisodes fabuleux, bien que présentés sous forme allégorique, n'en ont pas moins puisé leur origine dans de vraies observations individuelles.

Enfin, des voies de fait, plus ou moins graves, ont été perpétrées, pendant les déportements convulsifs de l'attaque sans la moindre participation mentale de la malade.

Dans ces derniers temps, les remarquables travaux des neurologues et des aliénistes, en déconvrant à l'hystérie une étroite parenté avec d'autres névroses similaires, qui ne seraient, peut-être, que des manifestations diverses d'un même génie pathologique, ont tellement reculé les bornes de son domaine, que l'hystérie classique s'y trouve, en quelque sorte, diluée. L'intervention de l'élément vésanique n'a pas peu contribué à la faire étudier sous un point de vue plus large, et la faire considérer, désormais, comme essentiellement protéique. Autrefois, le mot *hystérie* était accueilli avec une sorte de défaveur; l'énorme agrandissement du cadre, et l'étude approfondie qui en est résultée, ont fait heureusement disparaître cette réprobation.

On pourrait admettre trois hystéries : une, à crises, classique; une, sans crises classiques ou toniques, sorte de tempérament *sui generis*; une hystérie mentale, caractérisée par la prédominance des perturbations psychiques; arrêtons-nous là.

J'aurais désiré vous soumettre les deux rapports juridiques que j'ai adressés au parquet relativement à des hystériques infanticides; mais ils sont tellement considérables, que leur étendue entraînerait cet article très au delà des limites que lui assignent les *Annales*; force me sera donc de m'en tenir à un simple sommaire, aussi abrégé que possible.

OBSERVATION I.

La femme A..., vingt-huit ans, habitant un village, est convaincue d'avoir noyé ses trois petits enfants, à la

nuit tombante. Antécédents : grand'mère et tante paternelles mortes folles ; antécédents personnels des plus caractéristiques : excentricités, violence, scènes de fureur pour les moindres motifs ; ne parle que de tuer ; on la marie, dans l'espoir d'assouplir son caractère : point ; le ménage n'est plus supportable ; c'est une série ininterrompue de scènes, de batailles, d'injures, de menaces. Le jour des noces, elle stupéfie tous les assistants par ses emportements ; dans ses moments de surexcitation, elle ne parle que de fortune, châteaux et mariages riches ; elle prend son mari en aversion, et parle de le faire tuer par un oncle ; elle accuse plusieurs habitants de l'avoir violée ; toutes ces excentricités lui valent la réputation de folie. Le jour des noces, elle propose à un parent de l'épouser, alléguant qu'elle est une grande dame ; puis arrache son alliance, déchire ses habits, et va coucher chez une cousine ; pendant toute la nuit, elle fait du vacarme et prononce des mots incohérents. Depuis, ces accès de furie se renouvellent fréquemment, et à plusieurs reprises on a agité, en famille, la question de l'enfermer. Bien que la conduite de son mari soit irréprochable, telle est sa jalousie, que des scènes et même des coups sont le fréquent résultat de cette injuste prévention... « Elle passe pour hystérique, et, lorsque sa « terrible maladie la prend, elle perd complètement la « raison, devient folle, furiense, méchante, et, selon son « mari, capable de tout. » (Lettre du maire.) Elle achète même un revolver pour *fusiller* plusieurs personnes ; mais elle le jette dans l'eau et renonce ainsi à en faire usage. Néanmoins, le maire, devant le danger de plus en plus pressant, se décide à la faire interner d'office ; malheureusement, une accalmie s'étant produite, on recula encore le placement d'office ; mais les violences reparaissent bientôt avec un caractère alarmant ; elle bat son époux, lui dit d'aller se jeter à l'eau, qu'elle y pré-

cipitera elle-même ses trois enfants ; elle ne parle plus que de noyades ; enfin, un soir, les enfants sont immergés. Après le coup fait, elle revient se concher. Le lendemain, elle court chez les autorités demander ce que sont devenus le mari et les enfants, qu'elle ne voit plus ; enfin, elle emprunte quelque argent et part pour son pays natal. En y arrivant, elle se mit à rire, disant que son mari a détruit les enfants et qu'elle va pouvoir épouser le juge de paix ; c'est là qu'elle se laisse arrêter, sans résistance. Une fois en prison, elle fait d'abord beaucoup de vacarme, puis s'accroît et s'enferme dans un silence farouche. Reconnue irresponsable ; ordonnance de non-lien ; internement d'office à Sainte-Marie.

OBSERVATION II.

Jenne femme de vingt-sept ans ; étouffe un de ses enfants avec le bras posé sur le cou, et prétend ne se souvenir de rien. Antécédents : père alcoolique et brutal ; frère contrefait ; elle-même : quelques crises nerveuses, pendant l'adolescence ; existence de misère et de souffredouleurs ; quelques jours avant et après le crime, on remarque qu'elle est dans un état névro-mental assez marqué pour frapper les voisins. Conduite en prison ; notre examen révèle, chez l'inculpée, les singularités suivantes : engourdissement du bras droit ; douleur très persistante à la tête à gauche, avec tendance à la somnolence diurne et à l'insomnie nocturne ; sensation douloureuse à l'épigastre, d'où il lui semble, parfois, qu'une boule monte au cou, pour l'étouffer. A l'Hôtel-Dieu, avant d'être transférée à la maison d'arrêt : crise nerveuse, cherche à se détruire, refuse les aliments, crainte du poison ; à la prison, deux crises nerveuses, bien caractéristiques, provoquées par des essais d'hypnotisation ; elle paraît alors hallucinée de la vue, et cherche à mor-

dre, à griffer, à saisir. Au réveil, sanglots. En appuyant sur les points hystérogènes, on détermine de violentes contractions musculaires classiques; *à la suite de ces crises, elle ne se souvient de rien.*

Par suite de ce qui est exposé plus haut, et d'autres considérations, qu'il serait trop long d'examiner ici, je me suis décidé à admettre que la dame B... a étranglé son enfant *inconsciemment*, par suite de mouvements automatiques et convulsifs pendant une crise nocturne, dont son habitus étrange, observé quelques jours avant, était le prélude et dont l'espèce d'obnubilation consécutive est la preuve. Ce n'est même donc plus un acte proprement dit, mais un fait fortuit; pendant les crispations, elle a étendu le bras, elle a senti *quelque chose* sous ses doigts, et elle a serré! Telle est la conduite des noyés étouffant et paralysant leur sauveur.

On peut juger, par ce qui précède, combien il est dangereux de laisser des enfants près d'une mère hystérique; ces précautions doivent aussi être observées dans le choix d'une nourrice.

Ordonnance de non-lien. Internement d'office à Sainte-Marie.

Nota. — Les deux malades sont assez tranquilles et persistent à ne se souvenir de rien.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 JUIN 1890.

Présidence de MM. BALL et BOUCHEREAU.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Camuset, directeur-médecin de l'asile de Bonneval, demandant à échanger son titre de membre titulaire contre celui de correspondant. — Adopté.

2° Une lettre de M. Dumas, agrégé de philosophie, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Ball, Vallon et Rouillard, rapporteur.

3° Une lettre de M. Châtelain, ancien médecin en chef de la maison de santé de Préfargier (Suisse), sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Bouchereau, Briand et Ritti, rapporteur.

4° Une lettre de M. Giraud, un des organisateurs du congrès de Rouen, demandant à la Société de se faire représenter officiellement à ce congrès. — La Société délègue MM. Ball et Ritti.

5° Une lettre du Président de l'Association française pour l'avancement des sciences, priant la Société de se faire représenter à la session de Limoges, qui se tiendra du 7 au 14 août prochain. — M. Vallon est nommé délégué.

M. PAUL GARNIER fait hommage à la Société du volume qu'il vient de publier : *La folie à Paris. Etude statistique, clinique et médico-légale.*

M. SAURY présente un travail de M. le professeur N. Popoff, de Varsovie, intitulé : *Des modifications des éléments nerveux de l'axe cérébro-spinal dans l'hydrophobie*, et donne lecture de l'analyse suivante, qu'en a

faite M. Lwoff, interne des asiles de la Seine : « L'auteur étudie les lésions des cellules et des tubes nerveux dans les différentes parties de l'axe cérébro-spinal.

Les cellules deviennent le siège d'une atrophie pigmentaire. Le degré d'atrophie est variable ; quelquefois le pigment ne se développe que dans certains points du protoplasma ; d'autres fois il envahit ce dernier en totalité comme le noyau. Dans les tubes on constate d'abord un gonflement de la gaine de myéline et, par places, une hypertrophie du cylindre-axe qui finit par occuper tout le contenu du tube, et la myéline alors se désagrège et disparaît complètement. Les cylindres-axes ne sont pas hypertrophiés d'une façon uniforme, ce qui leur donne l'aspect d'un chapelot. La quantité d'éléments atteints est variable, ainsi que le degré de la lésion. Ce qui est intéressant à noter, c'est que l'auteur a toujours trouvé le maximum du processus morbide dans toutes les régions où prédominent les cellules motrices, qui sont surtout atteintes. Ceci, ajoute l'auteur, pourrait servir à comprendre le tableau clinique dans lequel les symptômes moteurs prédominent. »

Les intoxications et la paralysie générale.

M. CHARPENTIER. — Le meilleur moyen de connaître les propriétés de l'air, disait Fontenelle, consiste à observer les phénomènes qui se passent là où il n'existe pas.

C'est en méditant cette profonde pensée que nous avons été conduits à rechercher les états physiologiques et pathologiques dans lesquels la paralysie générale n'apparaît pas ou rarement, et à les opposer à ceux pendant lesquels son apparition est relativement fréquente. Un tel groupement nous a amenés à faire figurer, à côté de la paralysie générale congestive, le grand groupe des paralysies générales par intoxication, en y faisant rentrer les pseudo-paralysies générales. Nous donnons au mot intoxication sa plus large acception : empoisonnement par substances venues du dehors, par auto-intoxication et par infection. Nous ne parlerons pas de la paralysie générale par congestion, nous bornant à dire que la théorie de la congestion, très applicable aux cas de paralysie générale consécutive aux folies

congestives, devient tout à fait accessoire dans notre groupe.

Notre étude comprendra :

1° Les états morbides pendant lesquels on rencontre la paralysie générale, et en cela faisant sera constitué notre groupe de paralysies générales par intoxication ;

2° Des considérations hypothétiques sur la pathogénie des paralysies générales par intoxication ;

3° Des réflexions et déductions à propos des états physiologiques et pathologiques dans lesquels il est rare de rencontrer la paralysie générale.

Avant d'entrer en matière, nous ferons remarquer que nos considérations ne s'appuient que sur l'observation clinique. Nous n'avons nullement la prétention de leur apporter le concours de démonstrations qui ne peuvent relever que des travaux de laboratoire.

Plusieurs des maladies de notre groupe ont déjà été étudiées ; ce sont, par ordre chronologique : la pellagre, l'alcoolisme, le saturnisme, l'hydrargyrisme. La revue récente et complète de M. Rouillard sur ces sujets nous dispense d'y insister. Nous laissons la question de savoir si oui ou non ces pseudo-paralysies ont des signes spéciaux ; ce groupe a un caractère commun, tiré de la nature du poison qui a été puisé au dehors de l'organisme et tombe directement sous les sens.

Le poison de la paralysie générale syphilitique a bien son origine à l'extérieur de l'organisme, mais là il n'est qu'indirectement démontrable, à savoir par les inoculations. Le travail récent de M. Morel-Lavallée nous évitera de la décrire ; nous comprenons toutes les réserves sur cette question, nous croyons personnellement peu à sa guérison et par anticipation nous faisons remarquer que c'est une complication tardive de la syphilis ; notre théorie nous permettra plus loin d'expliquer ce retard dans l'apparition.

Abordons les paralysies générales associées à des états morbides dans lesquels il est légitime de supposer non plus un poison venu de l'extérieur, mais bien un poison fabriqué dans l'intérieur de l'organisme, une auto-intoxication ; nous rangeons ici la paralysie générale diabétique, la paralysie générale gouteuse, la paralysie générale des arthritiques et une autre paralysie

générale qui, à notre connaissance, n'a pas fixé l'attention au point de vue étiologique, la paralysie générale par suralimentation carnée, la paralysie générale des gros mangeurs.

Des faits de paralysie générale diabétique sont ordinairement décrits sous le nom de glycosurie pendant la paralysie générale. Nous rappelons un cas que nous avons cité à la Société de médecine de Paris, dans lequel la glycosurie, constatée à l'occasion d'une irido-choroïdite, avait précédé de trois ans l'apparition de la paralysie générale. Dire que la glycosurie est sous la dépendance de la sclérose interstitielle du bulbe est en contradiction avec l'extrême fréquence des lésions bulbaires de la paralysie générale, phénomène contrastant avec la rareté relative de la glycosurie chez les paralytiques généraux ; c'est qu'en effet la glycosurie, quoi qu'on en dise, n'est pas un phénomène fréquent dans le cours de la paralysie générale, mais assez fréquemment elle est constatable avant l'apparition de la paralysie générale ; ce qui est vrai aussi, c'est que les diabétiques meurent bien plutôt par des phénomènes d'intoxication cérébrale aiguë que par les phénomènes lents de la paralysie générale ; ce qui est vrai encore, c'est la coïncidence du diabète chez un membre d'une même famille et de la paralysie générale chez un autre.

La paralysie générale goutteuse existe, mais ici il faut s'entendre : on ne trouvera que très rarement la paralysie générale frappant des gouteux porteurs de manifestations fixes chroniques en activité ; on la trouvera, au contraire, frappant des sujets guéris d'anciennes manifestations goutteuses, ou chez des descendants de gouteux. L'observation de M. Charcot, qu'il n'a jamais vu de gouteux devenir paralytiques généraux, reste vraie s'il s'agit de gouteux porteurs de manifestations chroniques et actives ; l'observation de M. Baillarger de n'avoir jamais vu de phénomènes goutteux survenir chez les paralytiques généraux reste vraie aussi, ce qui ne diminue pas la valeur de notre opinion sur la coïncidence, dans l'ordre de succession, entre la disparition de phénomènes goutteux et l'apparition de la paralysie générale.

Quand, il y a quelques années, nous avons présenté

à la Société notre travail sur le rôle de l'arthritisme et des hémorroïdes en aliénation mentale, nous avions relevé 12 cas d'hémorroïdes sur 30 paralytiques généraux et 23 fois sur 30 des antécédents d'arthritisme, soit sur nos malades, soit sur leurs ascendants. Depuis, MM. Régis (*Gazette hebdomadaire*) et Lemoine (*Congrès de médecine mentale*, 1889) ont rapporté des faits de paralysie générale arthritique et, à l'occasion de cette dernière lecture, M. le professeur Pierret, de Lyon, émettait son opinion sur la nature intime de l'arthritisme, qu'il envisageait comme une maladie générale par intoxication, devançant en quelque sorte l'opinion que nous cherchons aujourd'hui à répandre, touchant la nature de la paralysie générale. Nous ne disons pas l'arthritisme; certes ce nom abrite bien des états; la pléthore a disparu de nos cadres pathologiques, mais les malades eux n'ont pas disparu: nous les retrouvons parmi les arthritiques, parmi les névropathes, et surtout parmi les scléreux. Tout récemment M. Lancereaux (*Union médicale*) faisait du mal perforant un attribut de l'arthritisme et précisément MM. Christian et Marandon de Montyel, dans des vues différentes, ont écrit sur la coïncidence entre le mal perforant et la paralysie générale. Quelles que soient nos classifications, ce qui ne disparaît pas, c'est le développement évolutionnel des maladies sur un même sujet; cela nous suffit pour admettre l'arthritisme; la fréquence de la paralysie générale chez les arthritiques est réelle et même certains phénomènes plus spéciaux dans la paralysie générale chez ses sujets sont à noter. Disons de suite que nous avons rarement vu la paralysie générale survenir sur des rhumatisants porteurs de manifestations chroniques en état d'activité; comme pour la goutte, c'est la coïncidence de succession que nous avons observée; toutefois et en cela différence d'avec la goutte, nous avons constaté des manifestations arthritiques subaiguës et à courte durée sur certains paralytiques généraux arthritiques. Ajoutons par anticipation que ce n'est pas pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu que nous voyons se développer la paralysie générale; ici, comme dans le diabète, le danger fréquent est l'intoxication aiguë ou le rhumatisme cérébral, qui n'est peut-être, lui aussi, qu'une intoxication aiguë.

La paralysie générale ne survient pas non plus au déclin du rhumatisme articulaire aigu; nous verrons plus loin pourquoi. C'est chez ces paralytiques généraux que nous avons constaté le plus souvent la saillie des globes oculaires, la variabilité grande dans la durée de l'inégalité pupillaire, la coloration du visage et du cou, les œdèmes mous du cou simulant des engorgements parotidiens ou sous-maxillaires, l'envahissement rapide par la graisse, les gonflements articulaires assimilés aux lésions trophiques des ataxiques, mais disparaissant rapidement, les élévations locales de température, les lividités partielles, les escarres rapides et larges et se cicatrisant après avoir fortement alarmé; c'est surtout chez eux que nous avons constaté les othématomes. Récemment encore, nous avons vu chez un tel sujet, ancien arthritique avéré, un othématome double avec gonflement considérable des coudes; même coloration, même température, même marche, ce qui nous a enlevé les soupçons de traumatisme que nous avions eu tout d'abord, affaissement lent, sans décoloration de contusion, sans purulence; durée trois mois, même marche aux quatre régions.

Comme plusieurs de nos sujets observés étaient tributaires de l'arthritisme et de l'alcoolisme, nous ne pouvons faire le départ de ces symptômes; toutefois nous les croyons moins fréquents chez les alcooliques exempts d'arthritisme.

Comme nous le disions plus haut, nous avons été frappés de la fréquence de la paralysie générale chez les gros mangeurs, car il existe des gens sobres à l'égard des alcools et qui ne le sont pas pour l'alimentation; ils agissent à cet égard comme beaucoup d'alcooliques pour l'alcool, par des raisons hygiéniques, pour réparer ou développer leurs forces. Nous ne faisons pas allusion aux paralytiques généraux gloutons, car les gros mangeurs dont nous parlons ne nous ont jamais présenté cette voracité, une fois la maladie développée. C'est surtout l'alimentation carnée exagérée que nous avons rencontrée plus fréquemment; de tels malades ressemblent aux paralytiques généraux arthritiques ou alcooliques; nous n'avons pu saisir une symptomatologie spéciale; chez eux les escarres, les œdèmes prolongés des membres

inférieurs, les gangrènes nous ont paru plus fréquentes.

Il est un dernier groupe d'intoxiqués qui se présentent assez souvent parmi les paralytiques généraux et que nous aurions pu faire figurer avec les intoxications par poisons venus du dehors : ce sont les paralytiques généraux par abus du tabac, ce qui ne veut pas dire que les gros fumeurs deviennent tous paralytiques généraux. Une telle formule n'est pas plus vraie pour les fumeurs que pour les buveurs.

Nous avons souvent constaté comme seule cause l'abus du tabac, sans adjonction d'alcoolisme ni d'autre facteur étiologique, et toujours il s'agissait de formes torpides, sans idées délirantes, même sans optimisme, il n'y avait que de l'affaiblissement général des systèmes sensitifs, intellectuels et moteurs. La principale manifestation psychique était l'indifférence dès le début de la maladie ; ces malades se faisaient renvoyer de leurs emplois sans tristesse, mécontentement ni même étonnement ; l'affaiblissement de la mémoire était de plus en plus manifeste, ainsi que la lenteur des perceptions ; l'insomnie du début était très rare ; c'était ordinairement des sujets assez jeunes, bien constitués, maigres, mais non amaigris, à peau flétrie et à teint grisâtre ; le tremblement fibrillaire du visage rarement marqué, quoique existant à la langue ; la voix basse et plaintive permettait néanmoins de saisir les signes caractéristiques des troubles de la parole ; les phénomènes de cyanose du nez, des oreilles et des extrémités existent dès le début et persistent ; les yeux expriment un regard défiant et craintif ; chez ces malades, la démence a été précoce et nous n'en avons pas vu guérir. La privation de tabac ne paraît pas les faire souffrir, et en tous cas ne leur cause aucune irritation. Ils maigrissent rapidement, succombent dans le marasme paralytique, par broncho-pneumonie peu bruyante et de courte durée ; nous n'avons pas observé chez eux de convulsions ; rarement ils meurent dans le coma, abstraction faite du coma asphyxique. L'agitation nocturne est rare chez eux, ainsi d'ailleurs que tout phénomène d'excitation ; dans l'acception du mot, ils s'éteignent graduellement. Mais même en admettant que toutes ces causes toxiques, que nous avons examinées, soient capables de produire de

vraies paralysies générales, même en admettant la congestion comme cause des folies congestives paralytiques, ou encore la combinaison des deux ordres de causes dans certains cas, comment expliquer les paralysies générales par surmenage intellectuel, et elles sont nombreuses, et les paralysies générales traumatiques plus rares, il est vrai, mais non contestées ?

Ici encore, messieurs, nous faisons intervenir, à titre hypothétique toujours, l'intoxication. Mis à part le surmenage physique, il ne s'agit plus d'intoxication générale, mais d'une intoxication locale, se développant sur place dans le contenu même de la cellule cérébrale ; il doit se passer dans le contenu de cette cellule ce qui se passe dans la fibre musculaire dans le phénomène physiologique dit fatigue musculaire ; au même titre, les produits d'excrétion résultant de la cellule cérébrale doivent augmenter, c'est ce qui, à l'état physiologique, constitue le sommeil ; mais si ces produits dépassent la quantité physiologique, des phénomènes torpides ou au contraire des phénomènes d'excitation se développeront d'autant plus intenses, rapides et graves, que la cellule cérébrale ne pourra pas se désintoxiquer et la mort surviendra. Parfois, le sommeil ne suffit pas pour produire la guérison ; parfois la mort plus ou moins rapide ne vient pas et c'est dans ces cas qu'apparaît la paralysie générale. Nous allons mieux faire comprendre notre explication en parlant de la pathogénie de la paralysie générale par intoxication.

Disons en passant que nous tendons à admettre dans le cas de paralysie générale traumatique la même interprétation, en supposant que le traumatisme a déterminé un ébranlement moléculaire de la cellule cérébrale, en suite duquel les conditions de nutrition de la cellule sont changées, en même temps que les conditions de surmenage intellectuel sont plus faciles par suite de l'infériorité de nutrition de la cellule.

D'ailleurs, tous ces points vont être élucidés par notre interprétation pathogénique de la paralysie générale que nous nous empressons d'aborder.

La lésion de la paralysie générale est une sclérose cérébrale, proliférante, interstitielle, diffuse ; ceci n'est

pas contesté. Pour les uns, la prolifération est due à l'irritabilité de ce tissu interstitiel, sans préciser la cause de l'irritabilité autrement que par l'expression d'irritabilité morbide; pour d'autres, cette irritabilité est due au travail congestif vasculaire qui, en apportant un excès de matériaux de nutrition, détermine la prolifération conjonctive.

Pour nous, et c'est là notre point de vue particulier pour le groupe des intoxications, c'est la cellule cérébrale, c'est la cellule cérébrale intoxiquée, qui détermine l'irritabilité, l'excitabilité du tissu interstitiel et qui le fait proliférer; mais celui-ci ne peut proliférer qu'à la condition d'être nourri et, en vertu du vieil axiome médical: *Ubi irritatio, ibi fluxus*, la congestion devient à un moment nécessaire, mais consécutive. Dans la théorie congestive, congestion, prolifération interstitielle, étouffement des cellules cérébrales, voilà les trois termes successifs; dans notre théorie de l'intoxication, les trois termes persistent, mais renversés: intoxication primordiale de la cellule cérébrale, prolifération consécutive interstitielle, puis congestion, formation de tissu nouveau.

Mais pourquoi la cellule cérébrale intoxiquée ferait-elle proliférer ce tissu cellulaire interstitiel?

Ici, messieurs, il y a lieu de modifier aussi quelques opinions physiologiques. Que le tissu interstitiel dont il s'agit soit névroglie ou conjonctif, peu importe, il est considéré comme une série de lacis vasculaires destinés à conduire à la cellule cérébrale les sucs nutritifs. Pour Golgi, et nous nous rangeons à ces vues, les prolongements de la cellule cérébrale iraient pour la plupart, après divisions multiples, se terminer sur les vaisseaux. Le tort, à notre avis, commis jusqu'à présent, a été de ne voir jamais dans ces voies de communication que des moyens de transport des sucs nutritifs à la cellule cérébrale, de n'y voir que des vaisseaux afférents. Pourquoi, parmi ceux-ci, n'y en aurait-il pas d'autres exclusivement consacrés à retourner à la circulation générale les produits d'excrétion de la cellule cérébrale? Pourquoi n'y aurait-il pas des canaux efférents? Or, qu'est-ce que de tels canaux pourraient bien emporter, sinon les déchets de la nutrition de la cellule cérébrale et les toxiques qui sont venus l'inonder. Si de tels ca-

naux existent et si tel est leur rôle, nul étonnement pour comprendre que l'irritation du tissu cellulaire interstitiel (névroglie ou canaux efférents) soit déterminée par l'intoxication de la cellule cérébrale. Le microscope ne nous donne pas d'indications à ce sujet ; allons-nous toujours nous attarder à attendre une solution micrographique qui ne nous vient pas, et la clinique seule par elle-même ne peut-elle imprimer des progrès à notre science ? Si la clinique doit puiser, quand elle le peut, ses ressources dans les sciences accessoires, n'est-il pas du devoir de la clinique d'indiquer à ces sciences la voie à suivre pour s'en faire des auxiliaires dévoués et efficaces ?

Avec notre théorie, ce n'est pas seulement la paralysie générale toxique qui s'éclaire, mais aussi ses rapports avec les folies toxiques et même le grand groupe des folies toxiques dont le nombre ne peut que s'accroître à mesure que l'attention se fixera sur elles.

Étant admis que la cellule cérébrale soit l'élément d'arrivée du toxique, nous allons comprendre comment, sous cette influence, se produiront ou la guérison après les phénomènes d'excitation et d'épuisement, ou la mort plus ou moins rapide après les mêmes phénomènes, ou la paralysie générale mortelle, ou la paralysie générale avec rémission, ou la paralysie générale guérie, ou encore les démences toxiques sans paralysies générales.

Il y a d'abord les toxiques normaux de l'économie, qui déterminent le sommeil, ainsi que tendent à le prouver les recherches récentes de Bouchard sur les urines, différentes dans la veille et dans le sommeil ; les sommeils de l'ivresse sont très connus. Quand la nutrition de la cellule cérébrale et du tissu interstitiel est à l'état normal, le toxique passe dans les cellules cérébrales, détermine soit des phénomènes d'excitation allant de l'ivresse à l'excitation maniaque, à la manie, aux délires, aux hallucinations et aux convulsions, soit des phénomènes d'épuisement allant du sommeil à la torpeur, à la perte de la connaissance et au coma. Si ce toxique est modéré dans sa quantité et non intense, il passe dans les canaux de la névroglie et de là dans la circulation générale pour être éliminé ou détruit : c'est la physiologie pathologique de la guérison ; si ce toxique est en trop grande

quantité, si son action est trop intense, le tissu interstitiel n'a pas le temps de se développer et la mort survient, car la cellule cérébrale est tuée directement par le toxique.

Si le toxique est en quantité modérée, mais longtemps prolongé et que la prolifération du tissu interstitiel ne se fasse pas sous l'influence de l'excitation cérébrale, ce ne sont ni la guérison, ni les symptômes aigus de mort rapide, ni la paralysie générale qui surviennent, c'est la démence simple par nécrobiose d'un grand nombre de cellules cérébrales sans sclérose interstitielle proliférante et sans paralysie générale. Quand, au contraire, le tissu interstitiel répond à la cellule cérébrale intoxiquée, mais que le toxique est répété lentement d'une façon continue par intervalle, ce tissu n'est bientôt plus en quantité suffisante pour répondre à la désintoxication qui continue; il est obligé de multiplier ses efforts et pour cela de développer le volume de ces cellules, puis leur nombre, et ainsi se produit le phénomène de la prolifération en relation directe avec la nature du toxique, sa quantité, sa durée d'action, sa répétition, toutes réserves pour l'excès de toxique qui tue directement la cellule noble. Mais il se peut faire que ce tissu interstitiel ait proliféré assez pour débarrasser la cellule cérébrale, mais pas assez pour l'étouffer, et que sa prolifération s'arrête par cela même qu'elle n'est plus utile; c'est dans ce cas que nous voyons apparaître le complexe symptomatique que nous désignons sous le nom de paralysie générale guérie. Si un retour d'intoxication se fait et que la prolifération soit devenue excessive, nous aurons une paralysie générale incurable ou mortelle après rémissions. Il peut se faire que la prolifération cellulaire ne s'arrête pas, soit parce que l'intoxication est continue, soit parce que par suite d'habitude, de vice de direction du tissu conjonctif ayant son origine première dans l'intoxication, alors même que l'intoxication n'existerait plus, il peut se faire que la prolifération finisse par altérer la cellule cérébrale, et nous avons alors la paralysie générale incurable, mortelle, survenant soit sur des sujets encore intoxiqués, soit sur des sujets ne l'étant plus.

En définitive, trois conditions sont essentielles pour

la production de la paralysie générale : 1° affinité du toxique pour la cellule ; 2° intoxication de la cellule ; 3° tissu cellulaire interstitiel capable de proliférer. Dans notre théorie, la prolifération interstitielle serait d'abord un phénomène physiologique utile, et plus tard, par excès, nuisible, puisqu'elle finit par détruire la cellule cérébrale.

Notre théorie, messieurs, vous le voyez, explique les folies toxiques, leurs rapports avec la paralysie générale, les cas curables de celle-ci, et groupe en un faisceau commun les fascicules désignés sous le nom de paralysies générales et pseudo-paralysies.

Elle permet d'expliquer aussi pourquoi il existe des états physiologiques et pathologiques dans lesquels la paralysie générale n'apparaît pas ou peu, et les états au contraire qui sont désignés sous le nom de causes prédisposantes, tant il est fréquent de la rencontrer ; c'est ce que nous allons aborder dans la troisième partie, qui va consister à opposer des faits négatifs à des faits positifs, de manière à obtenir de ce contraste un jour nouveau.

Prenons les états physiologiques et d'abord l'âge ; il nous est facile d'opposer la moyenne de quarante-cinquante ans comme l'époque de prédilection de la paralysie générale, à l'enfance et la vieillesse où elle est absente et aux cas encore peu nombreux de paralysie générale précoce ou tardive qui se rapportent aux âges intermédiaires à ceux que nous venons de mentionner. Or, aux âges où la paralysie générale est nulle, nous faisons remarquer immédiatement qu'il y a un certain degré d'anémie relative.

Prenons le sexe et remarquons que le sang de la femme, toutes choses égales d'ailleurs, est moins riche que celui de l'homme, ce qui coïncide avec la rareté relative et les types anormaux de la paralysie générale chez elle. Remarquons que chez celle-ci le maximum de fréquence est la ménopause, époque à laquelle la déplétion sanguine cesse de se faire ; cet arrêt dans la fonction, à notre avis, est dans ces cas prématuré et nous avons remarqué que la paralysie générale s'observait de préférence chez les femmes qui, après avoir eu des périodes menstruelles abondantes, cessaient brusquement de perdre ; de plus, les phénomènes hémorragiques et les

menstrues abondantes sont fréquentes chez les femmes arthritiques. Au contraire, aux périodes où la femme est en état d'anémie, la puberté, la grossesse, la lactation, l'accouchement, la sénilité, on compte les observations de paralysie générale qui se produisent dans ces conditions.

Abordons le domaine pathologique. Si l'anémie et les autres symptômes d'épuisement surviennent rapidement chez les paralytiques généraux, ce n'est certes pas chez les anémiques, chez les chlorotiques, chez les tuberculeux, les scrofuleux, ni les cancéreux qu'elle se déclare; ce n'est pas dans le déclin des maladies aiguës, alors qu'il y a encore déglobulisation du sang, qu'elle apparaît, et Schüle qui a décrit la paralysie générale consécutive à la fièvre typhoïde ne la fait apparaître que trois mois après la fin de cette maladie, alors que le malade a eu le temps de reprendre des forces. Nous ne la voyons non plus apparaître dans les auto-intoxications chroniques, ni dans les intoxications chroniques proprement dites, après que le sujet intoxiqué a été épuisé; car dans toutes ces conditions, c'est à la démence sans sclérose, c'est à des phénomènes cérébraux aigus ou à d'autres maladies cérébrales qu'il succombe.

Ce n'est pas non plus au début de la syphilis, alors que le sujet est anémié qu'elle apparaît; il y a alors d'autres manifestations cérébrales syphilitiques, mais non la paralysie générale; celle-ci n'apparaît que quand l'anémie a disparu. Dans tous ces cas, nous trouvons un état d'appauvrissement du sang.

Au contraire, nous sommes étonnés par la fréquence de la paralysie générale frappant des sujets forts, sanguins, athlétiques même, parfois maigres mais non amaigris, tant que la maladie ne s'est pas développée; ce sont des arthritiques, des diabétiques, des goutteux qu'elle frappe, mais alors ceux-ci ne sont pas débilités par une manifestation aiguë ou chronique et il y a déjà longtemps qu'ils se sont relevés, tout en restant diathésiques, d'une manifestation morbide capable de les avoir épuisés. Le convalescent du rhumatisme articulaire aigu est à l'abri de ses coups tant qu'il reste débilité.

C'est pour des raisons, sinon semblables, du moins analogues, et aussi pour d'autres que la paralysie générale n'apparaît pas dans les maladies aiguës, pyrétiqes,

fébriles ou infectieuses, et rarement à la suite des intoxications aigües.

Là interviennent en plus d'autres raisons de son absence, c'est que le toxique est trop intense, c'est qu'il tue la cellule cérébrale, dans les délires pyrétiqnes, fébriles et infectieux, tout comme l'alcool tue dans le delirium tremens. On ne devient généralement pas paralytique général alcoolique après deux mois d'alcool et les maladies aiguës infectieuses n'ont pas cette durée ; si l'alcool agissait sur tous les cerveaux des buveurs avec la même intensité que les produits du bacille d'Eberth, nous aurions bien peu de paralysie générale alcoolique. C'est aussi pour cette raison que la paralysie générale d'origine puerpérale ou urinaire n'existe pas, tandis que d'autres manifestations délirantes ou convulsibles, curables ou non, telles que l'éclampsie et la démence, sont fréquentes dans ces mêmes états.

Toujours même caractère commun, déglobulisation du sang, c'est-à-dire altération analogue du sang paraissant s'opposer, sinon à l'apparition d'une intoxication lente, du moins à la prolifération interstitielle cérébrale.

Nous n'avons jamais vu non plus de paralysie générale chez les cirrhotiques et les brightiques, et quand on songe que les causes de ces scléroses interstitielles sont souvent les mêmes, car cerveau, reins et foie sont des glandes d'élimination pour certains mêmes poisons, nous avons pensé qu'à l'état chronique ou lent, le toxique ne s'éliminait par le cerveau que quand le filtre biliaire ou rénal fonctionnait trop incomplètement ; mais alors les phénomènes cholémiques, urémiques et autres enlèvent trop brusquement le malade pour lui laisser le temps de devenir paralytique général. Nous croyons cependant devoir résumer un cas digne d'intérêt, relatif à un cirrhotique alcoolique, deux fois ponctionné, guéri de sa cirrhose avec suppression du toxique et succombant quatre ans plus tard à Saint-Anne à la paralysie générale alcoolique, après reprise de ses habitudes d'intempérance et sans troubles du foie lors de son admission à l'asile. Abordons un dernier groupe de maladies dans lesquelles la paralysie générale est rare, à savoir les arrêts de développement du cerveau, les anomalies cérébrales, les vésa-

nies convulsives et les véraies pures chroniques.

Combien sont rares les cas publiés de paralysie générale avec anomalies de développement du cerveau, ou ceux qui apparaissent chez les imbéciles. Et cependant ces sujets ont un tissu conjonctif interstitiel, sont susceptibles de lésions congestives et autres du cerveau; à part le surmenage intellectuel, tous les autres facteurs de la paralysie générale peuvent survenir chez eux, et cependant pas de paralysie générale. Nous avons vu beaucoup d'épileptiques et pas un d'eux n'a eu de paralysie générale; cependant la science en possède quelques observations; nous pensions la rencontrer chez ces épileptiques qui après les attaques ont de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole et de la parésie motrice généralisée et même les délires de la paralysie progressive; aucun n'a présenté de paralysie générale, et nos paralytiques généraux avec accidents épileptiformes n'ont pas eu d'épilepsie.

Combien est rare la paralysie générale chez les hystériques, à comparer au nombre des hystériques, et c'est avec raison que M. Régis a fait ressortir l'anomalie dans la marche et les symptômes de la paralysie générale sur de telles malades.

Les véraies pures, la vraie mélaencolie anxieuse chronique, le délire de persécution systématisé hallucinatoire, le délire chronique de persécution sans hallucination, la folie morale, la mégalomanie chronique, le vrai délire mystique chronique, n'aboutissent presque jamais à la paralysie générale, et c'est à titre de curiosité que M. Rouillard nous exposait récemment un exemple de ce genre. Que nous fournissent, au contraire, les renseignements pour les paralytiques généraux? Abstraction faite des folies congestives qui se rapportent à l'autre groupe de paralysie générale, jamais de troubles intellectuels antérieurs sans une intervention toxique.

Que dit l'hérédité? Pour beaucoup d'aliénistes, même réponse: prédominance de l'hérédité congestive sur l'hérédité véranique, et, à notre avis, prédominance de l'hérédité diathésique.

Que nous donne l'anatomie pathologique générale du cerveau? D'une part, des lésions qui ne se rencontrent

jamais associées aux lésions de la paralysie générale : telles les scléroses cérébrales infantiles, qui sont toute autre chose que la sclérose qui nous occupe ; telles les atrophies cérébrales infantiles, les méningites tuberculeuses et les tubercules cérébraux, qui eux se développent assez lentement pour permettre à la sclérose de la paralysie générale d'apparaître et celle-ci n'apparaît pas. Telle est encore la véritable hydrocéphalie. D'autre part, des infarctus, des foyers hémorragiques, des thromboses ou embolies, des athéromes, des artério-scléroses, des tumeurs syphilitiques, lésions qui peuvent être associées aux lésions de la paralysie générale, mais, chose remarquable, toutes lésions qui peuvent relever des intoxications capables de produire la sclérose interstitielle, ce qui explique la possibilité d'association de ces lésions.

En définitive, nous voyons deux groupes de faits dans lesquels la paralysie générale est relativement rare : 1° les états anémiques ou inopexiques du sang ; 2° les anomalies, les maladies du cerveau (sauf celles qui relèvent des mêmes intoxications capables de produire la paralysie générale) et les névroses convulsives et vésaniques chroniques.

Est-il possible de faire une synthèse de ces deux groupes de faits en apparence si disparates ? Oui, à la condition de ne la présenter que comme une synthèse hypothétique.

Nous ne pouvons rattacher les états d'appauvrissement du sang à l'anomalie cérébrale, car beaucoup d'imbéciles sont des sujets robustes et sanguins. Nous aurions pu mettre à profit les recherches de M. Féré sur l'état d'épuisement, sur la déglobulisation, sur la réduction de l'hématosine et la diminution de poids chez les épileptiques après les attaques, et conclure que si chaque attaque plaçait l'épileptique dans un état d'anémie relative, cet état, en vertu de notre théorie, devrait mettre obstacle à l'apparition de la paralysie générale ; mais une telle conclusion ne pouvait s'adapter ni à l'hystérie ni aux vésanies chroniques.

C'est alors que nous nous sommes demandé s'il n'existait pas chez tous ces malades des deux groupes une modification quelconque dans la texture du tissu névroglique interstitiel, modification acquise pour le

premier groupe (anémie, inopexie), congénitale pour le deuxième (anomalies, névroses convulsives, vésanies chroniques), modification en vertu de laquelle ce tissu ne serait pas capable de proliférer suffisamment pour constituer les lésions de la paralysie générale. Déjà M. Chaslin a établi les conditions anatomo-pathologiques de l'épilepsie héréditaire, et nous sommes convaincus que des résultats aussi importants seront obtenus en poursuivant des recherches sur la différenciation des fibres de ce tissu de soutien ou de connexion, tout en restant persuadés que c'est la cellule cérébrale qui reste le promoteur initial des lésions et des phénomènes que l'on pourra constater.

Nous vous demandons, messieurs, pour terminer, de nous résumer dans les conclusions suivantes :

1° A côté de la paralysie générale par congestion, propre aux folies congestives se terminant par paralysie générale, il y a lieu de grouper sous le nom de paralysies générales par intoxication, les pseudo-paralysies générales déjà admises et d'y joindre les paralysies générales dues à la goutte, au diabète, à l'arthritisme, au surmenage intellectuel, au traumatisme, au tabagisme et à la suralimentation.

2° Dans notre théorie de la paralysie générale par intoxication, l'ordre de succession des lésions est renversé ; nous subordonnons la congestion à la prolifération interstitielle et celle-ci à l'intoxication primordiale de la cellule cérébrale ; cette prolifération serait d'abord un adjuvant utile pour désintoxiquer la cellule noble et plus tard nuisible par excès de développement.

3° Notre théorie explique le mécanisme de la curabilité et de la mort dans les folies toxiques, l' incurabilité, les cas curables, les rémissions de la paralysie générale et les démences toxiques sans production de paralysie générale.

4° La paralysie générale par intoxication ne se produit pas ou rarement lorsque le sujet présente un état anémique ou inopexique du sang, un arrêt de développement du cerveau, des névroses convulsives ou des vésanies chroniques.

5° L'absence de la paralysie générale, dans ces conditions, serait due à une modification de texture du

tissu interstitiel acquise dans les états anémiques, congénitale dans les autres groupes de malades, d'où résulterait l'inaptitude de ce tissu à proliférer suffisamment pour reproduire les lésions de la paralysie générale.

La nature de cette modification constitue un desideratum qu'il ne nous appartient de faire disparaître, car il ne relève pas de la clinique.

M. VALLON. — La communication de M. Charpentier est trop importante pour être discutée à la suite d'une simple audition. Je ne veux relever en ce moment qu'un seul fait, celui relatif au maximum de fréquence de la paralysie générale, que M. Charpentier place entre quarante et cinquante ans. Ces chiffres me semblent trop élevés. En effet, d'après une statistique faite dans mon service par M. Arnand et portant sur près de 300 malades, il y a 8 p. 100 de paralytiques généraux au-dessous de trente ans, et pour l'ensemble de ces cas on obtient la moyenne de trente-huit ans.

M. GARNIER. — Dans le volume que je viens de publier sur la *Folie à Paris*, je signale l'âge de trente-sept ans comme maximum de fréquence.

M. FALRET rappelle que la moyenne établie par M. Baillarger donne le chiffre de quarante-deux ans.

M. RITTI. — Il n'est pas douteux que la paralysie générale fait plus de victimes qu'autrefois ; mais il est aussi certain que ses manifestations se montrent à un âge où les premiers observateurs n'avaient pas accoutumé de les constater. Il est intéressant de voir la moyenne de l'âge des paralytiques généraux diminuer progressivement depuis le commencement du siècle. Les premiers auteurs avaient trouvé le plus grand nombre de ces malades parmi les hommes de quarante à cinquante ans ; plus tard, c'est de trente-cinq à quarante-cinq ans, qu'a été porté ce maximum, et aujourd'hui, cette moyenne tend à s'abaisser davantage encore, le nombre des paralytiques généraux, âgés de moins de trente ans, devenant de plus en plus nombreux.

M. BRIAND croit que ces variations sont dues en grande partie à ce que les médecins diagnostiquent mieux qu'autrefois la paralysie générale.

Une révolte d'aliénés.

M. MARANDON DE MONTYEL. — Le 13 du mois dernier, la section des agités hommes de Ville-Evrard était, messieurs, le théâtre d'un drame intéressant et instructif, je crois, à cause de sa rareté, jusqu'à ces temps-ci, et des enseignements qu'il apporte. Il s'agit d'un complot avec révolte de six aliénés de cette section.

A la visite, je ne remarquai rien d'anormal. Vers dix heures et demie, quand le chef du quartier appela pour un bain prolongé prescrit dans la matinée (le nommé Pari..., très exalté et très violent depuis le lever, le malade refusa de le suivre. De plus, sur son appel, comme obéissant à un signal, cinq autres aliénés se précipitèrent sur les trois gardiens de la division et s'opposèrent avec menaces et brutalités à l'exécution de la mesure commandée. Le personnel de surveillance dut céder et appeler au secours. Sept serviteurs accoururent prêter main-forte, ils furent reçus à coups de poing et à coups de pied. Il leur fut impossible, en agissant avec fermeté mais douceur, de se saisir des révoltés et de les mettre en cellule. Pour triompher de la résistance de ces malades auxquels ils ne rendaient pas les coups reçus, il leur aurait fallu recourir à des violences qu'avec raison ils ne se permirent pas. Ils se mirent sur la défensive, dans l'attente de nouveaux renforts. C'était d'ailleurs l'heure du déjeuner et comme la nature ne perd jamais ses droits, fût-ce en rébellion, les six révoltés rentrèrent au réfectoire et se mirent à table, tout entiers désormais à la satisfaction de leur appétit. Ceux qui paraissaient les chefs du mouvement déclarèrent alors qu'ils resteraient tranquilles si on ne les molestait pas, car ils n'avaient aucune dent contre les gardiens ; leur animosité visait le seul médecin en chef qui les détenait arbitrairement.

Au lieu de s'assurer de cet apaisement et de la tournure que prenaient les événements, le surveillant en chef, affolé, vint nous raconter que la section des agités était livrée au massacre et que le sang y coulait. Tout aussitôt, le directeur, M. Ballet, le D^r Kéraval et moi, nous nous rendîmes sur les lieux. Nous trouvâmes

à la porte du quartier une dizaine de gardiens qui, effrayés par l'émotion de leur chef, semblaient hésiter fort à rentrer. A leur tête nous pénétrâmes, et trouvant la cour vide, nous nous engageâmes dans le réfectoire où, au lieu de la scène de carnage à laquelle nous nous attendions, nous fûmes fort surpris de trouver tout le monde à table, en train de déjeuner. Mais notre arrivée changea la scène. Mal renseignés, nous étions ingénument descendus dans la fosse et nous avions réveillé la colère des lions apaisés par le repas. A peine, en effet, avions-nous pénétré au milieu du réfectoire, suivis de notre troupe de gardiens, que les six conjurés se levèrent et nous lancèrent toute la vaisselle à la tête. Par bonheur, les quarante autres agités qui mangeaient, eux aussi, dans la salle, ne subirent pas la contagion de l'exemple. Ils se bornèrent, ravis de cette scène qu'ils trouvaient amusante, à rire aux éclats et à faire un vacarme de tous les diables. N'empêche que les projectiles pleuvaient dru sur nous. Quand ils n'eurent plus rien sous la main à nous jeter, nos six insurgés s'élançèrent les poings levés. Comment, de nous trois, personne n'a été blessé, moi surtout, à qui ils en voulaient particulièrement à cause de leur isolement et qui, par ma haute taille, leur offrait une cible très apparente, je me le demande ? Je dois ajouter, et là est sans doute l'explication du fait, que le personnel de surveillance a été très dévoué ; les gardiens nous firent un rempart de leurs corps et reçurent les coups qui nous étaient destinés.

Nous rendant compte de l'imprudence par nous commise et comprenant que notre présence était plus nuisible qu'utile, nous résolûmes de nous retirer et d'attendre, d'autant plus qu'il était à supposer qu'après notre départ nos hommes se remettraient à manger et sacrifieraient leur rancune à leur appétit. Et il en fut ainsi pour quatre d'entre eux. Deux, moins affamés que leurs camarades, commirent la faute légendaire des Curiace de nous poursuivre à inégale distance. Ils furent de suite enveloppés, saisis et transportés hors du quartier. La troupe ainsi amputée d'un tiers, tenue aussi en respect par le grand nombre de gardiens qui occupaient la section, jugea sage de protester de ses intentions pacifiques vis-à-vis du personnel de surveillance dont

elle faisait l'éloge, de s'excuser même des coups reçus par les gardiens, coups destinés au service médical ; toutefois elle eut la précaution, avant de quitter le réfectoire, de s'armer de fourchettes, de cuillères et de brocs afin de résister efficacement au cas, disait-elle, où les médecins tenteraient un retour offensif. Puis nos quatre conspirateurs se mirent à jouer aux cartes.

En présence de cette attitude, quelle était la conduite à tenir ? Le surveillant en chef chez qui, à la panique du matin, avait succédé une ardeur belliqueuse, demandait à grands cris la répression immédiate des rebelles au nom de la dignité du service et de l'exemple. Il voulait lancer sur eux une trentaine de gardiens et, au prix même d'une lutte violente, camisolier et conduire en cellule les révoltés. J'ai jugé, messieurs, plus prudent de laisser nos conjurés achever en paix leur partie, souper et se coucher, puis de s'emparer d'eux isolément tandis qu'ils seraient au lit. Certes, si le personnel de surveillance avait couru un danger quelconque, il aurait fallu intervenir coûte que coûte ; mais puisqu'il n'en était rien, ne valait-il pas mieux épargner les malades, les laisser s'apaiser et entreprendre la lutte, si cela devenait nécessaire, dans les conditions les plus modérées ? Là, comme partout, le temps devait être un grand remède. Ainsi il fut fait. Après le coucher, on mit six gardiens par aliéné afin de rendre toute résistance impossible. En présence de ce brusque déploiement de forces auquel ils ne pensaient peut-être plus, un n'essaya même pas de résister, deux protestèrent en paroles plus qu'en actes ; seul, celui qui avait mené toute l'affaire, se défendit avec énergie et violence. On dut l'enlever de force. En opérant ainsi, moins de cinq minutes suffirent pour mettre en cellule, avec maillot, nos quatre hommes, et le combat finit faute de combattants. Nous eûmes ainsi la satisfaction, dans cette échauffourée qui aurait pu dégénérer en rixe sanglante avec un personnel moins doux et moins dévoué, de n'avoir aucun accident sérieux à regretter, seulement des contusions et des écorchures sans gravité.

Jusqu'à ces temps-ci, messieurs, les révoltes d'aliénés, à en juger du moins par les faits publiés, étaient d'une excessive rareté. Dans la collection des *Annales*,

soit, en quarante-huit ans, je n'ai trouvé qu'un cas emprunté à *l'American Journal of insanity*, qui lui-même l'avait tiré du *Medical Times* d'avril 1874. A l'asile Saint-André, près Saint-Petersbourg, pendant que les serviteurs étaient à dîner, les aliénés se précipitèrent dans une pièce où l'on conservait quelques armes et, se les étant partagées, se préparèrent à la résistance. Les gardiens tentèrent de les calmer par le raisonnement, mais sans succès, et plusieurs d'entre eux s'étant approchés de trop près, furent saisis et attaqués à coups de sabre. Cinq ont été tués et deux sérieusement blessés. On eut alors recours à la famine, mais il s'écoula quarante-huit heures avant que les aliénés déposassent les armes. Six des plus furieux furent mis séparément en cellule avec la camisole de force. Tel est l'unique fait que j'ai relevé dans les *Annales* et il est étrange. Le journal français se demande avec raison pourquoi les infirmiers de l'asile Saint-André ne prennent pas leurs repas dans les réfectoires de leurs malades? comment il se fait que ceux-ci restent sans surveillance pendant ce temps, et surtout qu'ils aient sous la main des magasins remplis d'armes dangereuses? Je n'ai rien rencontré à glaner ni dans *l'Encéphale*, ni dans les *Archives de Neurologie*. Aussi est-ce une opinion généralement acceptée que les aliénés ne complotent pas, que les aliénés ne se révoltent pas. Une exception toutefois est faite d'ordinaire pour les épileptiques. D'habitude on leur reconnaît une tendance à s'entendre entre eux et même à se livrer en commun à des coups de force. Sur quoi repose cette appréciation? Sans doute sur le caractère habituel de ces malades, sur l'assistance mutuelle qu'ils se prêtent, car si elle a sa raison d'être dans ces faits, je n'en ai trouvé nulle trace. J'ai appris toutefois, pendant mon séjour à Marseille, que dans cet asile la section des épileptiques avait été, en janvier 1866, le théâtre d'une révolte dans laquelle les gardiens Barraud et Berger avaient trouvé la mort. Il eût été intéressant de connaître les détails de cette grave affaire, je n'ai pu me les procurer. Peut-être notre collègue, M. Guignard, qui a été durant de longues années directeur de Saint-Pierre, serait-il en mesure de nous fournir quelques renseignements utiles. Quoi qu'il en soit, il est certain,

messieurs, que jusqu'à ces derniers temps les complots et les révoltes d'aliénés ont été exceptionnels. Or, voici que trois faits de cette nature sont tout à coup portés à notre connaissance, dont deux dans la Seine, à quelques jours d'intervalle. Vous avez pu tous lire, dans le dernier numéro des *Annales*, le complot de Chicago, organisé dans un but d'évasion entre quatre aliénés, deux épileptiques, un alcoolique, promoteur de l'affaire, et un délirant mystique avec idées de grandeur qui y vit un moyen providentiel de se soustraire à ses persécuteurs, d'après l'analyse que nous a donnée M. Parant de l'article du Dr Kiernant, publié par *The Alienist and Neurologist*. Puis éclate la révolte de Ville-Evrard, dont je viens de vous entretenir, et peu après celle plus sérieuse de Bicêtre, qui déclencha tant de bruit dans la presse. Il semblerait donc, messieurs, que nous ayons désormais à compter avec cette nouvelle difficulté et à exercer une surveillance plus active sur les relations de nos malades entre eux. Dans tous les cas, ces trois récentes insurrections à l'intérieur de nos établissements appellent notre sérieuse attention ; elles me justifieront à vos yeux, je l'espère du moins, de vous saisir de cette question qui d'un instant à l'autre peut revêtir une extrême gravité, et de l'examiner en quelques mots.

Toujours et partout, le complot suivi de révolte suppose une grande suite avec ténacité dans les idées, une confiance absolue des complices les uns vis-à-vis des autres et enfin l'espoir du succès. Or, parmi les aliénés, la première de ces trois conditions ne se rencontre que chez un assez petit nombre de délirants. Il est évident que ce n'est point l'idiot, cet indigent de l'esprit, ni le dément, ce ruiné de l'intelligence, pas plus que le maniaque agité, encore moins le lypémiaque replié sur lui-même ou plongé dans la stupeur, qui entreverra un but, cherchera et trouvera les moyens d'y aboutir, puis entraînera à sa suite ses compagnons d'infortune. Donc, ceux-là seuls parmi les aliénés sont susceptibles de comploter, qui conservent leurs facultés syllogistiques, mais alors chez eux manque la deuxième condition, la confiance réciproque. La folie est une infortune qui s'ignore, a dit avec beaucoup d'esprit M. Baillarger, et cela est vrai de la plus grande majorité des malades ; mais si la folie

est inconsciente de son propre état, elle est très consciente de l'état du voisin. Et ce sont précisément les aliénés qui, par l'intégrité de leur puissance de raisonnement, seraient les plus aptes à conspirer, tels les délinquants systématiques, qui sont les plus judicieux appréciateurs des troubles vésaniques de leurs camarades. Enfin, cette conservation de l'intelligence qui permettrait d'ordonner la révolte, permet aussi d'apprécier les faibles chances de réussite de l'entreprise. Peu nombreux, sans armes, certains de voir accourir tout le personnel au moindre signal d'alarme, ces malades prévoient la défaite et une aggravation de leur situation. Pour se révolter dans ces conditions si désavantageuses, il faut, on être poussés à bout par les vexations ou vouloir quand même, par un scandale, attirer l'attention.

Telles sont, à mon avis, messieurs, les raisons qui font de l'aliéné un solitaire. Par elles, non seulement il ne conspire pas, mais il vit à l'écart, dédaigneux ou indifférents des voisins. Ment-il à la spirituelle définition de M. Baillarger, par exception est-il conscient, non seulement des infortunes qui l'entourent, mais encore de la sienne propre, il restera encore seul avec lui-même. Le dédain et l'indifférence seront remplacés par le désespoir et la pitié, voilà tout.

Ces malades dont nous venons de parler, conscients ou inconscients de leur mal, à facultés syllogistiques conservées ou abolies, constituent les aliénés proprement dits, ceux pour lesquels ont été construits nos asiles et auxquels seuls ils conviennent par leurs dispositions intérieures et leur organisation. Avec eux, pas de complots ni de révoltes à craindre ; aussi ces accidents ont-ils été jadis exceptionnels, alors que ces malades étaient seuls ou à peu près, à peupler nos établissements. Aujourd'hui, il n'en est plus de même. Les asiles, dans la Seine surtout, ont été de plus en plus détournés de leur destination première. Ceux pour lesquels ils avaient été édifiés dans le principe ne forment même plus le gros de leur population qui est constituée en majorité par les déments séniles, inoffensifs et incapables de rébellion, je le reconnais, mais aussi par les épileptiques, les ivrognes et les fous moraux, eux très dangereux et toujours prêts à la révolte.

On a commencé à porter atteinte à l'organisation et au bon ordre des asiles le jour où on a décidé d'hospitaliser les épileptiques dans les services d'aliénés. Au lieu de construire pour eux des établissements appropriés à leurs besoins et à leur caractère, on a trouvé plus simple d'utiliser les locaux existants et on a ainsi tout compromis. Le convulsif, en dehors de ses crises, quand il est dans son état quasi-normal, est un être jamais content et toujours prêt à s'insurger. Partant il est sans cesse en révolte, et comme les épileptiques sont de tous les aliénés les seuls à s'intéresser les uns aux autres, à se raconter leurs malheurs et à tout mettre en commun, particularité dont l'explication se trouve, je pense, dans l'attaque, fait physique épouvantable qui tombe sous les sens et auquel chacun se sait exposé, il en résulte qu'ils sont des conspirateurs aussi dangereux qu'actifs. Aussi a-t-il bien vite fallu, à cause de cela plus encore que de la répulsion inspirée par leurs convulsions aux autres malades, les réunir dans des quartiers spéciaux. En les rassemblant ainsi, on parvient à les mieux surveiller et à les mieux tenir. A cette seule condition, nos asiles peuvent les hospitaliser. Si la section qui les reçoit ne suffit pas à tous leurs besoins, s'il faut à certains moments les éparpiller dans d'autres divisions, le désordre et la rébellion en sont les conséquences. Dans le récent complot de Chicago figure un épileptique, il y en avait également un dans la révolte de Ville-Evrard.

On a continué ensuite à désorganiser nos asiles et à en détruire le bon ordre en y envoyant les ivrognes. Je dis les ivrognes, je ne dis pas les fous alcooliques. Le fou alcoolique, en effet, est un aliéné dont l'affection, d'une durée assez longue, suit une marche régulière pour aboutir à la guérison ou à la chronicité, tout comme une manie ou une lypémanie. La maladie de l'ivrogne se dissipe, elle, en peu d'heures ou de jours avec les fumées de l'alcool; c'est de l'ivresse, ce n'est pas de l'aliénation mentale. Jadis, on conduisait ces buveurs au poste et s'ils avaient commis des crimes ou des délits durant leur soulographie, on les poursuivait en cour d'assises ou en correctionnelle. Aujourd'hui, on les hospitalise dans les asiles. Je ne peux ni ne veux discuter ici aucune question de doctrine soit scientifique, soit

sociale. Je constate simplement des faits, faits dont j'ai le devoir de m'occuper, en présence des rébellions dont nous paraissions menacés et des dangers auxquels elles exposent.

Eh bien ! messieurs, de ce nouvel état de choses, de cet envoi des ivrognes dans nos établissements d'aliénés, qui, au point de vue humanitaire, constituerait un progrès, naissent l'indiscipline, le complot et la révolte. Très rapidement, ai-je dit, ces buveurs ont cuvé leur vin, que faire d'eux ? Les mettre en liberté ? A quoi bon, ils reviennent et cela souvent dès le lendemain. Après plusieurs tentatives de sortie, on se décide à les garder, surtout s'ils ont l'ivresse mauvaise, d'autant plus que dans ce cas, on se heurte aux résistances de la Préfecture de police ; alors les difficultés commencent. Très ferrés sur la loi de 1838, ils réclament impérieusement leur exeat, car, disent-ils, on n'a pas le droit de les garder par mesure préventive ; les portes doivent s'ouvrir devant eux, dès qu'ils sont dégrisés. En conséquence, ils écrivent à toutes les autorités des lettres qui nécessitent une correspondance et des certificats à n'en plus finir, puis ils commettent tentatives d'évasion sur tentatives d'évasion qui nécessitent alors une surveillance de tous les instants. C'est déjà là de l'insubordination, mais le reste est encore pis. Comme à Hélène de l'amour, à ces ivrognes, il faut de l'alcool n'en fut-il plus au monde, et pour s'en procurer ils ont recours à toutes les ruses et à toutes les machinations. Ils s'efforcent de corrompre les gardiens, de gagner les malades qui travaillent au dehors pour tâcher d'obtenir d'eux des liqueurs fortes, et quand l'établissement est comme Ville-Evrard un asile ouvert, entouré de tous côtés de débits de boissons, la surveillance est très souvent mise en défaut. Il en résulte un réel danger. Vous laissez-vous fléchir, consentez-vous à occuper aux jardins ou dans les services généraux ces gênants personnages, soyez-en certain, un jour ou l'autre, ils rentreront gris au quartier, après s'être fait voleurs d'alcool plutôt que de s'en passer, s'il n'y a pas pour eux d'autres moyens d'apaiser leur soif. Les tenez-vous étroitement enfermés dans leurs divisions, ils exercent une action dissolvante sur le personnel et une action insubordinatrice sur leurs camarades qu'ils

ponssent à la désobéissance et à la révolte. A Ville-Evrard surtout, où il n'y a pas de mur de clôture et où, sans quitter le périmètre de l'établissement, on rencontre des cabarets, la présence de ces buveurs est devenue un fléau. Un d'entre eux a été l'organisateur du complot de Chicago, deux ont pris une part active à la révolte de mon service. Aussi ma prière, si je priaïis encore, serait-elle matin et soir au Maître suprême de la Répartition : Des ivrognes, préservez-nous, Seigneur.

Enfin, on a achevé de désorganiser nos asiles et d'y mettre le désordre en y accueillant le dégénéré moral, cet être plus pervers que malade, plus criminel qu'aliéné, qui est un révolté et un conspirateur redoutable, alliant l'astuce à la méchanceté. Que la dégénérescence ait aboli en lui le sens moral ou l'ait perverti, dans les deux cas si, comme il appert souvent, le mal a respecté dans une large mesure l'intellect proprement dit, cet aliéné devient l'hôte le plus dangereux et le plus perturbateur de nos établissements. Parmi mes six révoltés, il s'en trouvait un, d'une froide cranité. Il n'y a pas longtemps encore, ces individus ne venaient pas chez nous. La dégénérescence morale avec intégrité des facultés de raisonnement n'était pas acceptée par les magistrats ni la police. Aujourd'hui elle l'est, du moins à Paris; aussi les asiles de la Seine se peuplent-ils chaque jour davantage de gens indisciplinés et méchants qui, hier, étaient jetés en prison, comme ils continuent d'y être jetés presque partout en province. Certes avoir distingué le fon moral du criminel constitue un progrès, mais il ne résulte pas moins de ce progrès un danger pour nos établissements qui n'ont pas été construits et organisés en vue de cette catégorie de malades, danger d'autant plus grand que nous assistons en ce moment à un phénomène inverse du précédent: la criminalité avait absorbé la folie morale, de nos jours c'est la folie morale qui tend à absorber toute la criminalité. Puissent ces récentes révoltes hâter la construction des maisons pour aliénés criminels et le moment où la dégénérescence morale sera soignée ailleurs que chez nous. Un puissant élément d'indiscipline, de complot et de rébellion aura ainsi disparu de nos établissements.

A l'appui, messieurs, des considérations que je viens

d'émettre, permettez-moi encore de vous entretenir quelques instants de l'état mental de mes six rebelles et du but de leur révolte. Je vous ai indiqué déjà en passant que parmi eux se trouvaient un épileptique, deux ivrognes et un fou moral. Force avait été, par suite de la disposition des services de Ville-Evrard, de les mettre ensemble à la cinquième division où sont rassemblés les agités, les convulsifs violents, les fous moraux à impulsions dangereuses et les ivrognes incorrigibles. Le vice d'une telle organisation saute aux yeux. Il est de toute évidence que ces malades devraient avoir des quartiers spéciaux. La révolte du 13 mai est sortie de cet état de choses. Réunis dans la même section, nos quatre aliénés purent tout à l'aise mettre en commun leurs instincts de rébellion et leur astuce. Pons..., l'épileptique, âgé de vingt-quatre ans, était isolé pour la seconde fois à la suite d'une tentative de strangulation sur son frère. A l'asile, il avait, à des intervalles plus ou moins éloignés, des impulsions violentes. Peu intelligent, avec asymétrie faciale et blésité, il désirait beaucoup sortir, car il s'ennuyait, répétait-il, dans l'établissement; aussi il était à l'affût des moindres moyens de saisir la liberté. Le fou moral, Dubr..., âgé de vingt-cinq ans, myope et riche de signes physiques de dégénérescence, avait, au soir de son arrestation, quelques symptômes alcooliques qui s'étaient très vite dissipés pour mettre à nu une faiblesse mentale avec profonde perversion des instincts. Débile au point de vue intellectuel, mais admirablement doué pour concevoir et exécuter le mal, il s'était procuré, on n'a jamais su comment, un mauvais canif qu'il avait dissimulé avec soin, après l'avoir réparé et repassé, puis il s'était jeté sur un gardien qu'il accompagnait au linge et lui en avait porté deux coups aux yeux dans le but de l'avengler et de s'évader. Un autre surveillant qui, accouru aux cris de son camarade, arrêta le malade dans sa fuite et le désarma, reçut également de lui une blessure au visage. Par bonheur, de tout cela il ne résulta aucun mal; mais ce fait donne la mesure de la ruse et de la cruauté de Dubr... Des deux ivrognes, l'un, Fer..., revenait pour la sixième fois; l'autre, Pari..., pour la troisième fois. Tout ce que j'ai rapporté il y a un instant de cette caté-

gorie de malades leur est applicable. Envoyés au travail, ils s'étaient enivrés tous les deux : Pari..., rentré gris, avait cassé la vaisselle et les carreaux du quartier; Fer... s'était déculotté et, dans ce costume sommaire, il avait été demander l'hospitalité à la section des femmes. Tels sont les faits très répréhensibles, pour lesquels ces quatre malades avaient été placés à la cinquième section.

Les deux autres complices dont il me reste à vous entretenir sont intéressants à des titres différents, car ils sont atteints d'un délire de persécution et de grandeur. Le chef du complot et de la révolte a été Germ... qui, après avoir parlé sans réticences, lors de son isolement en septembre 1888, des persécutions dirigées contre lui par les jésuites et d'une Vie de Jésus, son œuvre, appelée à révolutionner la religion, peu à peu s'était montré plus réservé et avait fini par dissimuler complètement son délire. C'est à la demande de la Préfecture de police, qui redoutait son évasion, que je l'avais placé à la cinquième. Il avait soif de scandale; il voulait un éclat qui attirât sur lui l'attention des autorités et lui permit d'obtenir justice contre la Compagnie de Jésus et contre moi. Il utilisa dans ce but les quatre malades précédents avec beaucoup d'habileté, en faisant luire à leurs yeux l'espoir de la liberté : les gardiens terrassés, ils s'empareraient des clefs et fuiraient. Fer..., que sa très grande expérience des asiles — six séquestrations, — rendait plus prudent, n'avait, lui, aucune confiance dans la réussite de ce plan. Avec raison, il pensait que la violence n'aboutirait pas, car ils succomberaient sous le nombre; aussi opinait-il pour la ruse, une fuite en catimini. Mais Germ..., qui tenait avant tout à avoir son scandale, n'entendit pas de cette oreille et gagna les autres à son avis. Fer... se résigna et promit de prêter main-forte le cas échéant.

La dissimulation de ces conceptions délirantes par Germ... explique la confiance des quatre autres, qui ne se doutèrent à aucun moment de sa folie. Il est plus difficile de comprendre l'intervention du sixième complice; car, loin de dissimuler, il étalait son délire à tout propos et hors de propos. Dobi..., homme fort et vigoureux de quarante-huit ans, n'avait pas cessé, de-

puis son entrée au 16 décembre 1889, d'affirmer bien haut que le comte de Paris lui devait pour ses services un million soixante mille francs. Arrêté pour avoir placardé sur un arbre des boulevards une affiche annonçant la faillite frauduleuse de la famille d'Orléans, il réclamait sans cesse sa liberté, avec menaces de mort contre le service médical, afin de continuer, disait-il, sa campagne contre ces princes indignes pour lesquels il avait souffert mille persécutions et qui l'avaient exploité à l'instigation du clergé. Cette haine du curé fut le lien qui réunit ces deux hommes. Germ... en voulait à mort aux jésuites qui mettaient obstacle à la publication de sa Vie de Jésus; Dobi... en voulait à mort aux prêtres de toute robe et de toute tonsure qui l'empêchaient de toucher son argent. Ils avaient ensemble de longues conversations, dans lesquelles ils épanchaient leur bile et vilipendaient à qui mieux mieux les hommes noirs. Un autre point commun cimentait leur alliance. Comme Germ..., Dobi... désirait un scandale qui attirât sur lui l'attention de la justice et lui fournit l'occasion de faire rendre gorge aux d'Orléans. Il était d'ailleurs très exalté. Je l'avais envoyé à la cinquième parce qu'à plusieurs reprises il m'avait menacé, s'il n'était pas en liberté pour la manifestation du 1^{er} mai, de manifester quand même à l'asile en m'ouvrant ce jour-là le ventre. Cette communauté de sentiments et de vue explique comment Germ... utilisa ce délirant. Sans compter qu'il trouvait en lui un homme décidé et solide dont la poigne, dans une mêlée, avait sa valeur. Présenté par lui, Dobi... fut accepté sans difficulté des autres conjurés. Je savais bien, me dit par la suite Pari..., que Dobi... avait un délire des grandeurs; peu m'importe, ce n'est pas avec lui que j'avais affaire. Quoi qu'il en soit de la participation de cet aliéné, il est évident que si Germ... n'avait pas rencontré dans la section l'épileptique, le fou moral et les deux ivrognes qui, avec toutes les apparences de la raison, étaient des êtres astucieux et méchants, s'il n'avait pas eu la ressource de former avec ces quatre hommes le gros de son corps de révoltés, le complot n'aurait pas été tramé, la rébellion n'aurait pas éclaté. Dobi... a été un appoint, voilà tout. Sa présence, très

intéressante à certains égards, laisse donc intactes mes appréciations précédentes.

C'est en interrogeant, nu à nu, les jours suivants, les six complices, en rapprochant leurs aveux et en les contrôlant entre eux, que je suis parvenu non sans peine à reconstituer les détails de ce complot dont le secret avait été si scrupuleusement gardé, détails qui peignent bien la physionomie de l'affaire et aussi qui expliquent la marche insolite de la révolte. Il semble étrange, en effet, à première vue, que nos rebelles n'aient pas profité de l'avantage qu'ils avaient obtenu d'abord sur les trois gardiens de la section, ensuite sur les sept serviteurs accourus au secours et qu'ils se soient en paix rendus au réfectoire avec promesse de se tenir tranquilles s'ils n'étaient point molestés. Et il en aurait été ainsi, sans notre intervention intempestive. Le lendemain matin, alors qu'ils étaient encore pleins de rage et de fiel, furieux dans leurs maillots, Germ... et Dobi... me le confirmaient. Ils croyaient en effet leur but atteint. Avoir empêché l'exécution de la prescription du médecin et avoir maltraité une dizaine de gardiens, constituaient à leur yeux le scandale désiré qui entraînerait nécessairement une enquête judiciaire et administrative. Pour enrôler Pons..., Dubr..., et Pari..., ils leur avaient promis la clef des champs; au fond, eux, tenaient moins à la liberté immédiate qu'à la reconnaissance par les autorités de leurs droits. « J'espère que le Procureur ne tardera pas à venir aujourd'hui, » me demandait Germ... le lendemain. « Pourquoi aurions-nous recommencé à taper sur les serviteurs, » m'observait Fér..., « depuis que je cours les asiles, je n'en ai pas trouvé de plus doux ni de plus dévoués. C'est à vous que nous en voulons de nous tenir ici. » Il est donc incontestable que notre intervention fut le point de départ de la mêlée que je vous ai retracée. Notre présence leur fournit en effet une occasion unique et inespérée de porter à son apogée le scandale recherché. Assommer deux médecins et un directeur, n'était-ce pas donner à l'affaire les proportions d'un événement. Ils avaient dû renoncer au dessein de m'écharper à la visite du matin, car bien que je fusse dans l'ignorance de leurs projets qu'ils ont dissimulés jusqu'au dernier

moment, je ne voyais qu'en cellule et séparément trois d'entre eux à cause de leurs tendances particulièrement agressives. Et voilà qu'au moment où ils étaient tous les six réunis, armés d'assiettes, de cuillères, de gobelets et de brocs, nous avions la naïveté de venir nous offrir à leurs coups. Ils nous accueillirent comme je vous l'ai raconté !

Mes collègues de la Seine ont compris, j'en suis certain, combien il devenait difficile de garder ces six aliénés à Ville-Evrard. Leur état mental ne permettait pas de les disperser dans les divers quartiers et, à les maintenir à la cinquième section, il aurait été nécessaire de leur imposer le maillot et l'isolement en cellule. Dans un but de sécurité autant que d'humanité, il fut décidé avec l'administration que quatre d'entre eux seraient dirigés sur les services d'hommes de Sainte-Anne, de Bicêtre, de Villejuif et de Vacluse. Dangereux surtout par l'entente qu'ils avaient su créer entre eux, par leur dispersion ils perdaient ce caractère en grande partie.

Vous m'excuserez, messieurs, d'avoir retenu si longtemps votre attention, en raison de la gravité du fait dont j'avais à vous entretenir et des questions qu'il soulève. Sommes-nous plus que par le passé menacés dans nos services de voir s'ourdir des complots et éclater des révoltes ? Je le crains et je vous ai en toute franchise exposé le pourquoi. Tant mieux si je me trompe, mais en attendant qu'à l'exemple des pays étrangers, qui depuis longtemps déjà nous ont distancés dans la voie du progrès, en attendant que nous ayons des établissements spéciaux ou tout au moins des annexes spéciales dans nos asiles pour les épileptiques, les fous criminels et moraux, et les ivrognes, j'estime que nous serons prudents d'exercer une surveillance particulière sur les agissements de ces malades qui ne se cachent pas pour crier bien fort que tout leur est permis, parce qu'en leur qualité d'aliénés ils sont des irresponsables.

M. VALLON. — La communication de M. Marandon de Montyel prouve l'urgence de la création d'asiles desuré.

M. ROUILLARD. — Messieurs, on ne peut qu'approuver sans réserves les paroles si justes de M. Marandon de

Montyel. Il est certain que nos asiles d'aliénés, notamment les asiles du département de la Seine, subissent un envahissement toujours croissant, et que la situation devient inquiétante. Nous sommes menacés de voir les asiles contenir toute espèce de gens, sauf des aliénés. Les médecins des hôpitaux nous envoient tous les malades chroniques, gâteux ou gênants, sous prétexte que, selon la formule consacrée, ils troublent le repos des salles ; les bureaux de bienfaisance se débarrassent des vieillards infirmes qui ne peuvent trouver place dans les hospices insuffisants ; enfin, les commissaires de police, les directeurs de prison, placent dans les asiles des repris de justice et des ivrognes qui seraient mieux dans une maison de répression. De même que les hygiénistes ont inventé le tout à l'égout, on pratique aujourd'hui *le tout à l'asile*, et l'on fait dévier de leur but nos établissements d'aliénés.

Il n'y a pas à se le dissimuler, ce ne sont pas seulement des alcooliques ou des dipsomanes que renferment nos services, ce sont des ivrognes, et des ivrognes ayant un passé judiciaire des plus chargés. Plusieurs n'ont pas moins de dix à quinze condamnations. Quant à leurs entrées à l'asile, elles sont presque aussi nombreuses. La plupart en sont à leur cinquième, sixième, dixième placement même. Il y a là toute une catégorie d'individus dont nous sommes forcés de nous occuper. Outre que ces piliers d'asile échappent à la juste application des lois, ils sont souvent, dans l'intérieur des asiles, une cause perpétuelle de discorde. Mécontents un peu de tout, ils excitent souvent les malades et surtout les gardiens, contre le médecin, contre le chef de service. C'est dans leurs rangs que se recrutent les faiseurs de révolte. On peut interroger à ce sujet les médecins de Bicêtre, qui ont eu récemment dans leur service une révolte qui a eu tant de retentissement, et M. Marandon de Montyel vient de nous montrer que la révolte de Ville-Evrard était fomentée, non par de vrais délirants, mais par ces individus, qualifiés tantôt d'alcooliques, tantôt de fous moraux.

Cet état de choses est bien et dûment constaté par chacun de nous, mais quelle en est la cause, quel en serait le remède ?

Je ne veux pas ici porter la discussion sur un autre terrain, ni parler des asiles spéciaux pour les criminels, et des asiles spéciaux pour les alcooliques, comme il en existe dans plusieurs pays étrangers. C'est peut-être là qu'est la solution.

Il ne faut pas accuser nos confrères de l'Infirmierie spéciale du Dépôt, si les ivrognes envahissent nos services. Ces messieurs font leur devoir en envoyant dans les asiles des malades manifestement aliénés au moment de leur internement. Mais ce délire alcoolique est un feu de paille et, au bout de peu de jours, il a disparu et le malade est revenu à l'état normal. — Renvoyez-le, va-t-on me dire ! C'est vrai, nous avons la ressource de le renvoyer. Mais deux ou trois jours après il revient, soit dans notre service, soit dans un service voisin. Et puis, il faut bien le dire, nous ne pouvons pas renvoyer ces malades, et cela, parce que malgré leurs vices et la perturbation qu'ils apportent, nous ne pourrions fonctionner sans eux. En effet, l'Administration, dans un but d'économie budgétaire, a supprimé, surtout depuis quelques années, un grand nombre d'emplois de second ordre : jardiniers, concierges, gaziers, infirmiers, commis de bureau, etc., etc. Mais l'ouvrage doit quand même être fait, et il faut employer les malades. Les seuls qu'on puisse bien employer sont les épileptiques, les persécutés calmes, quelques déments peu avancés et les alcooliques. Mais avec quelles réserves !

On est en droit de se demander jusqu'à quel point nous pouvons, en bonne justice, employer ces malades. Le travail des aliénés a toujours été considéré par les aliénistes comme un puissant moyen thérapeutique ; mais, qui donc avouerait qu'on peut employer ce travail dans un but d'économie budgétaire, et en tirer une source de revenu ? Que deviendraient les grands principes de charité que, depuis Pinel, les aliénistes se transmettent de génération en génération ? Comment un travail de bureau, un travail de chiffres, chez l'économe et le directeur, peut-il améliorer un aliéné ? Quelle amélioration peut apporter dans un cerveau la besogne de servir à dîner à MM. les internes, et le rude travail de garçon d'hôtel, fait pendant douze à quatorze heures par jour ? — Nous arrivons insensiblement à l'exploitation de nos

malades. Ils sont devenus des rouages nécessaires, indispensables pour le fonctionnement du service. — Économique illusoire d'ailleurs, car trois ou quatre malades ne font jamais que la monnaie d'un bon serviteur et nous n'avons sur eux aucune action, ils sont impunissables, ils sont irresponsables (ils le disent eux-mêmes !). — Et nous assistons à ce spectacle, en plein Paris, de voir des malades garder les portes, des épileptiques aider aux autopsies, des malades employés dans les bureaux, copier eux-mêmes les certificats des autres malades, que dis-je, leur propre certificat ! — Je me demande ce que devient le fameux secret professionnel ? — C'est là, je le répète, et là surtout qu'il y a des réformes, des réformes urgentes à apporter.

M. LEGRAIN complète les renseignements donnés par M. Marandon de Montyel sur les révoltes des aliénés, en disant que si ces révoltes sont rares chez les adultes, elles sont encore assez fréquentes dans les services d'enfants, qui se composent en grande partie de jeunes dégénérés vicieux, très amateurs de tumulte et de désordre. Il en a observé deux sérieuses à la colonie de Vaucluse ; il y a eu voies de fait, coups et blessures. Les enfants s'entendent volontiers entre eux pour fomenter les révoltes, s'excitent mutuellement et peuvent causer les plus grands dommages. Il est bon de rappeler qu'à la colonie de Vaucluse, sur 130 enfants, on en compte plus de 40 ayant commis des actes qualifiés crimes ou délits par le Code pénal.

M. Legrain approuve la mesure prise par M. Marandon et qui a eu pour but la dispersion des émeutiers dans les autres services de la Seine. La sélection seule peut éviter des incidents comme celui qui a été rapporté. Depuis trois ans qu'il dirige la colonie de Vaucluse, il n'a cessé de réclamer de l'administration les moyens de séparer les enfants vicieux des enfants simplement arriérés, sur lesquels ils exercent une influence déplorable.

M. PAUL GARNIER. — Il est un point de la communication de M. Marandon de Montyel sur lequel je crois utile de faire quelques observations. Notre collègue nous a parlé de la facilité avec laquelle on admet aujourd'hui, non seulement les alcooliques, mais les

simples ivrognes, dans les asiles d'aliénés de la Seine. Il voit là un abus déplorable contre lequel il proteste énergiquement. Il semblerait donc acquis, d'après l'argumentation de M. Marandon de Montyel, que les médecins auxquels incombe la tâche de procéder administrativement à la visite des individus déferés à l'examen mental se montrent beaucoup trop enclins à considérer de *simples ivrognes* comme des aliénés et à demander leur séquestration. Il semblerait, dis-je, qu'au bureau d'admission de l'Asile Sainte-Anne, de même qu'à l'Infirmérie spéciale de la Préfecture de police, les deux services qui sont comme les deux cribles, passez-moi l'expression, à travers lesquels ne peuvent et ne doivent passer, pour être dirigés sur les asiles d'aliénés, que de véritables malades, on ne se montre pas assez attentif ou assez sévère sur le triage à opérer.

Je puis déclarer que M. Marandon de Montyel fait erreur et je me crois en mesure de lui fournir des explications susceptibles de le rassurer et de lui faire abandonner une pareille interprétation. Je tiens à lui affirmer que la simple ivrognerie ne m'a jamais paru être un suffisant motif pour légitimer une séquestration d'office et j'ai déjà eu l'occasion de m'exprimer ici même très catégoriquement à ce sujet. Voilà donc pour le principe. Quant à des méprises qui consisteraient à confondre l'ivresse avec le délire alcoolique, ce ne serait pas davantage juste de les invoquer. Il est possible d'observer d'assez près et suffisamment longtemps les individus amenés au Dépôt pour reconnaître si l'on se trouve en présence d'ivrognes ou de délirants alcooliques.

Je prétends que c'est là un diagnostic facile, pour peu qu'on soit familiarisé avec les manifestations de l'intoxication alcoolique; que si M. Marandon de Montyel se déclarait quand même incrédule, il me serait possible de lui prouver, chiffres en mains, que dans ces dernières années, loin qu'on ait été plus facile à l'Infirmérie spéciale pour l'envoi des alcoolisés dans les asiles d'aliénés, le nombre de ces individus remis en liberté, après quelques heures de séjour à l'Infirmérie, a été, au contraire, plus considérable que les années précédentes.

Recherchant quelle peut être l'origine de l'assertion

de M. Marandon de Montyel, j'en viens à me demander s'il tient bien compte de la courte durée du délire alcoolique, circonstance qui fait que les malades en question, lui arrivant souvent plusieurs jours après leur admission, sont déjà au déclin de leur accès et ne présentent plus guère de manifestations délirantes. Je me demande également s'il n'a pas considéré comme des ivrognes des individus qui peuvent bien être passagèrement des alcoolisés, mais qui sont, avant tout, des dégénérés que leurs tendances perverses, facilitées maintes fois par l'appoint éthylique, ramènent si fréquemment à l'Infirmerie spéciale. Qu'il y ait, du fait de ces individus, placés sur les confins du vice et de la folie, de sérieuses difficultés, des causes de perturbation dans les asiles de traitement, c'est ce que je reconnais volontiers. C'est là une question sans cesse agitée. Que faire de ces irréguliers, aussi mal placés à l'asile qu'à la prison ? M. Marandon de Montyel n'en veut pas dans son asile et il se peut bien qu'il ait raison. S'il veut demander pour eux un établissement à part, je suis d'autant plus disposé à m'associer à lui que j'ai déjà formulé la même demande avec beaucoup de mes collègues, et que, précisément, je viens de m'efforcer, dans le livre dont j'avais l'honneur de faire hommage, à l'instant, à la Société, de démontrer, par des exemples probants, la nécessité de la création immédiate d'un établissement spécial qui pourrait s'appeler, je crois, *asile de sûreté*, dénomination qui rend bien l'idée de sa destination.

M. BRIAND ne comprend pas qu'un médecin chargé d'un service public récrimine contre des admissions lui paraissant non motivées quand il a, par un simple certificat de sortie, le moyen si efficace de refuser les gens suspects qu'on lui envoie.

M. ROUILLARD. — Mais les malades reviennent quelques jours après.

M. BRIAND. — C'est qu'alors ils n'étaient pas déplacés à l'asile.

M. FAURET. — En dehors des causes déjà citées comme pouvant provoquer le désordre parmi les aliénés, telles que l'insuffisance du personnel et la nature de la maladie (épilepsie, dégénérescence morale), il en est

d'autres venant de l'extérieur et exerçant la plus fâcheuse influence sur l'esprit des malades. Ainsi il existe des individus, même des lignes contre les abus de la société, qui s'érigent en protecteurs officieux des aliénés, et qui, dans leurs visites, dans leurs écrits, ne craignent pas d'exciter les malades. Ils accueillent journellement leurs injustes réclamations, leurs accusations contre les prétendues illégalités de la direction médicale et administrative. On ne saurait trop protester contre ces tendances et ces manières d'agir.

Je proposerai donc à la Société d'émettre un vœu tendant à affirmer en principe que le médecin doit être maître absolu de l'introduction dans son service des correspondances, journaux et visites.

M. BRIAND rappelle que M. Caron a fait admettre au sein de la Commission de surveillance des asiles de la Seine une proposition analogue.

M. LE PRÉSIDENT fait inscrire à l'ordre du jour la proposition de M. Falret.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1890.

Présidence de M. BALL.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance imprimée comprend :

Deux brochures de M. Millat, interne de l'asile de Nantes, intitulées : 1° *Erreurs et préjugés populaires en médecine*; 2° *Superstitions médicales et guérisseurs populaires*.

Rapports de candidature.

M. RITTI. — Messieurs, vous avez nommé dans votre dernière séance une Commission composée de MM. Bouchereau, Briand et Ritti, chargée de vous pré-

senter un rapport sur la candidature de M. le D^r Châtelain, ancien médecin en chef de l'asile de Préfargier (Suisse), au titre de membre associé étranger.

Les lecteurs des *Annales médico-psychologiques* connaissent de longue date notre savant confrère. Dès 1866 — il y a près d'un quart de siècle — il y publiait son premier article, du plus haut intérêt : « Contrat de société avec Dieu. Considérations médico-légales. » Depuis cette époque, il n'est guère d'année où il n'ait marqué sa collaboration à ce recueil, soit par des mémoires originaux, soit par des analyses d'ouvrages et de journaux allemands. Les questions de médecine légale attiraient tout particulièrement l'attention de notre distingué confrère. A cette direction de ses recherches, nous devons plusieurs travaux d'une réelle importance, entre autres une étude sur la folie transitoire et un rapport très étudié sur un procès célèbre, celui de Marie Jeanneret, convaincue d'avoir commis neuf empoisonnements ; nous lui devons encore une excellente traduction d'un des meilleurs ouvrages du professeur Krafft-Ebing : *De la responsabilité criminelle et de la capacité civile dans les états de trouble intellectuel*.

Nous ne saurions oublier d'autres travaux non moins intéressants, ayant trait à la clinique, et qui dénotent chez leur auteur un profond esprit d'observation ; ce sont surtout des contributions à l'étude des maladies incidentes chez les aliénés, à propos de quelques cas de variole observés dans son service, à celle de l'aliénation mentale dans la première enfance, à celle de l'épilepsie, etc. M. Châtelain, médecin d'un des plus importants établissements d'aliénés de la Suisse, ne perdait ainsi aucun des faits saillants que le hasard lui fournissait ; il s'en servait dans l'intérêt de notre science qu'il enrichissait de documents nouveaux et précieux.

Depuis quelques années, notre savant confrère a pris sa retraite, mais il ne s'est pas reposé. Il continue de servir utilement notre spécialité par la parole et par la plume. Il a publié l'année dernière une série de causeries sur la folie, petit volume excellent qu'on voudrait voir entre toutes les mains, car il dissiperait bien des préjugés régnant sur cette maladie et ses diverses variétés. Plus récemment, il nous a envoyé un autre volume sur

la folie de Jean-Jacques Rousseau. C'est une question à l'ordre du jour, depuis le savant travail du professeur Moebius, de Leipzig. M. Châtelain l'a traitée avec une compétence qu'on ne saurait lui dénier, mais aussi avec une érudition très étendue, avec un tact et une sûreté d'appréciation, qui lui font le plus grand honneur. Il ne fallait rien moins que toutes ces qualités pour résoudre ce problème si délicat de psychologie morbide, pour écrire ce curieux chapitre de médecine rétrospective.

Clinicien sagace, médecin légiste consciencieux, notre confrère est aussi un écrivain distingué. Tous ceux qui liront les deux volumes dont je viens de parler ne me démentiront pas ; ils seront encore plus de mon avis, s'ils veulent se donner le plaisir de parcourir une série de récits et de nouvelles qu'il a publiés naguère, et de feuilleter de temps en temps la *Bibliothèque universelle (Revue Suisse)*, qui insère souvent, à la grande satisfaction de ses lecteurs, des articles de M. Châtelain.

Il me semble inutile d'insister plus longuement sur les travaux de notre confrère : ils sont de ceux qui font honneur à toute Compagnie savante. Si nous avons un regret à exprimer, c'est que M. Châtelain, qui était déjà des nôtres par sa collaboration assidue aux *Annales médico-psychologiques*, ait si longtemps attendu pour frapper à la porte de notre Société ; depuis longtemps, vous vous seriez fait un plaisir de la lui ouvrir et de l'inviter à prendre place au milieu de nous. Aujourd'hui que ce distingué collègue, faisant violence à sa modestie, vient à nous, votre Commission, heureuse de lui servir d'introduit, vous propose de lui accorder ce titre de membre associé étranger qu'il sollicite.

Les conclusions du rapport précédent sont adoptées et M. Châtelain est, à l'unanimité, nommé membre associé étranger.

M. ROUILLARD. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Ball, Ritti et Rouillard, rapporteur, de vous présenter un rapport sur la candidature de M. Dumas au titre de membre correspondant de notre Société.

Si notre Société veut mériter son titre de Société médico-psychologique, il faut qu'elle ouvre ses portes,

non seulement aux médecins aliénistes, mais aussi aux psychologues qui cherchent dans l'anatomie du système nerveux et dans la pathologie mentale, la base de leurs théories philosophiques. Aussi avons-nous pensé que vous accueilleriez favorablement la candidature de M. Dumas.

M. Dumas est, en effet, ancien élève de l'École normale, agrégé de philosophie, et s'occupe actuellement de psychologie morbide et de maladies mentales.

C'est vous dire, messieurs, qu'il n'a voulu aborder des études aussi complexes qu'après une préparation scientifique des plus sérieuses, et qu'il y apporte ces connaissances larges, ces principes généraux qui permettent de généraliser les lois que l'on étudie et d'être philosophe en même temps que médecin.

Lorsqu'il se cantonnait encore dans la psychologie classique et dans la métaphysique, M. Dumas s'est attaché de préférence aux systèmes de Spencer et d'Aristote, et je puis vous citer parmi les travaux qui l'occupèrent alors une brillante dissertation sur la philosophie d'Aristote, couronné à l'Exposition universelle de 1889.

L'auteur cherchait à éclaircir la conception aristotélicienne de la science et de la nature; il y montra avec netteté comment le philosophe de Stagyre conciliait ces deux principes de son système, qu'il n'y a de scientifique que le « général » et de réel que le « particulier »; il fait voir qu'en dépit de cette contradiction apparente, la science abstraite et impersonnelle parvient à pénétrer la nature individuelle et concrète.

Je passe sur ses autres études philosophiques pour arriver à celles qui intéressent particulièrement notre Société. — Ici nous avons pu juger par nous-mêmes et de très près les qualités d'esprit du psychologue.

Dans les cliniques du jeudi, où il prenait souvent la parole, M. Dumas aimait à étudier devant nous les lésions affectives, les dégénérescences des sentiments, et tous les sujets que ses études philosophiques et médicales lui permettaient de traiter avec compétence.

Mais, dans les maladies mentales, ce qui l'a particulièrement attiré, ce sont les lésions intellectuelles, les délires d'idées qui s'expriment par des systématisations

outrées, ou des associations incohérentes d'images et de mots.

Il a essayé de découvrir les lois qui président à ces désordres et, dans une leçon professée au grand amphithéâtre de Sainte-Anne, sous la présidence de M. le professeur Ball, il a exposé le résultat de ses recherches.

Loi d'attraction par ressemblance ou par séquence, loi de finalité, tels sont les deux principes, dont il a montré l'action permanente sous les idées délirantes du maniaque ou du persécuté. C'est sous ces deux chefs qu'il a rangé dans sa leçon la plupart des troubles intellectuels.

Nous estimons donc, Messieurs, qu'en acceptant M. Dumas au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique, vous cimenterez une fois de plus l'alliance logique et féconde de la médecine mentale et de la philosophie, deux sciences qui, la main dans la main, marchent vers le même but.

Sur les conclusions de ce rapport, M. Dumas est, à la majorité des membres présents, nommé membre correspondant.

*Contribution à l'histoire anatomique et pathologique des fibres nerveuses à myéline intracorticales du cerveau.
Présentation de pièces microscopiques.*

MM. P. KÉRAVAL et J. TARGOULA. — Messieurs, nous avons demandé la parole dans la dernière séance de la Société, pour vous offrir la primeur de recherches originales relatives à un élément anatomique de l'écorce encore peu connu. Nous voulons parler des fibres à myéline intracorticales du cerveau.

Le temps, qui nous était mesuré, ne nous a pas permis de donner suite immédiatement à notre projet. Le temps, qui nous pousse tous, nous a obligés depuis, pour prendre rang, à livrer à la publicité la synthèse de nos recherches. Un de nous a, en outre, dû soutenir sa thèse de doctorat le 24 juillet dernier.

Il importe cependant que la Société médico-psychologique soit saisie officiellement de la teneur de notre travail et que ceux d'entre vous qui s'occupent d'histo-

logie, veuillent bien observer les principales pièces que nous allons avoir l'honneur de leur soumettre.

Il existe dans l'écorce du cerveau à l'état normal des fibres nerveuses à myéline perpendiculaires aux fibres de la couronne rayonnante, ainsi qu'à la direction générale de la circonvolution, qui offrent la disposition suivante :

Prenons comme point de départ la substance blanche, à l'endroit où elle aborde l'écorce du cerveau.

A partir de cette zone jusqu'à la périphérie, il est commode de diviser toute l'épaisseur de l'écorce en trois étages :

La couche la plus rapprochée de la substance blanche, nous l'appellerons, avec la majorité des auteurs modernes, couche *interne* ou couche des grandes cellules pyramidales. Au-dessus d'elle, se trouve la couche *moyenne*, ou couche des petites cellules pyramidales. Enfin, la partie de l'écorce la plus rapprochée des méninges, nous la désignerons sous le nom de *couche externe*, couche granuleuse.

Si l'on fait une coupe de l'écorce perpendiculaire à la direction de la circonvolution, on trouve : 1° dans la couche interne : les fibres ascendantes de la couronne rayonnante, dont nous n'avons pas à nous occuper ici, on tout au moins, dont nous ne nous occuperons qu'à titre secondaire. Les fibres intracorticales proprement dites de cet étage coupent les faisceaux de la couronne rayonnante, sous un angle plus ou moins droit ; elles sont (c'est toujours de l'état normal que nous parlons) très abondantes et tracent, par leur section avec les faisceaux de la couronne rayonnante, des quadrilatères plus ou moins réguliers.

Dans la couche moyenne, on ne pénètre que peu les faisceaux ascendants de la couronne rayonnante, car ils sont à la fin de leur course, pour ainsi dire, ces fibres transversales sont normalement plus rares, mais elles y existent encore, inégalement réparties. Enfin, dans la couche tangentielle ou granuleuse externe, on rencontre, tout à fait à la surface, un plumetis très abondant de fibres de différents calibres, plus particulièrement désignées sous le nom de fibres *tangentielles*. Comme les autres, elles sont à *myéline*.

C'est tout ce que l'on sait des fibres nerveuses intracorticales à l'état normal, chez l'homme. Il y a déjà quelques années, parut un mémoire important annonçant que, dans la paralysie générale, la lésion pathogénétique de cette maladie était constituée par la disparition des éléments anatomiques dont nous venons de parler, dans toute la hauteur de l'écorce. Ce mémoire était celui de M. Tuczek. A cette époque, nous avions été frappé de l'importance de ces recherches, ainsi que de l'assurance de l'auteur allemand et déjà, de concert avec M. Boudrie, qui était alors avec nous à Vaucluse, nous avions analysé les différentes régions de cerveaux de déments paralytiques, ou non. Des circonstances indépendantes de notre volonté avaient arrêté cette analyse, mais nous avions gardé les minutes ainsi qu'un certain nombre d'observations. Il y a peu de temps paraissait le travail de M. Zacher, qui déclarait que la disparition des fibres à myéline intracorticales n'était pas propre à la paralysie générale ; qu'elle était commune à des affections mentales de divers ordres.

Il s'agissait de mettre la question *au point*, pour nous servir d'un terme usité en photographie. Ainsi avons-nous fait. A l'exemple de Bacon, nous avons divisé la difficulté en autant de parcelles qu'il nous paraissait convenable, pour arriver à la mieux résoudre.

Et d'abord, les fibres nerveuses à myéline intracorticales disparaissent-elles dans la paralysie générale arrivée au terme de son évolution clinique?

La réponse est affirmative : c'est la règle.

Ces fibres disparaissent-elles dans les affections mentales d'un autre ordre ? Oni, ou du moins elles disparaissent chez les malades qui meurent dans la démence.

Y a-t-il, au point de vue des régions de l'écorce, des différences à établir entre la démence paralytique et la démence secondaire ? Il n'y en a pas.

Dans la paralysie générale, c'est le *lobe frontal* qui devient le plus pauvre en fibres nerveuses à myéline intracorticales.

Le *gyrus rectus*, ainsi que l'a signalé Tuczek, est le plus constamment et le plus complètement altéré. On peut dire que l'altération n'y manque jamais.

Il en est de même chez les déments.

Une région échappe souvent à la disparition et à l'altération des fibres nerveuses intracorticales dans la paralysie générale et dans la démence. C'est le *lobule paracentral*.

Quelles sont maintenant les allures de cette disparition dans les différentes couches de l'écorce?

Qu'il s'agisse de la démence paralytique ou de la démence fonctionnelle, la disparition s'effectue irrégulièrement sur toute l'étendue des couches corticales. Quelquefois cependant, alors même que toute la hauteur de l'écorce paraît vierge de fibres à myéline, on trouve dans la couche voisine de la substance blanche quelques fibres solitaires.

Il nous faut encore noter un phénomène qui ne nous paraît pas jusqu'à présent avoir été mis en vedette : à la période d'atrophie la plus avancée des fibres intracorticales correspond le plus souvent une déchéance, plus ou moins marquée, des faisceaux qui viennent de la couronne rayonnante.

Chose particulière, les lésions macroscopiques, en particulier, la méningite chronique et les adhérences ne jouent aucun rôle pathogénétique dans l'espèce.

Messieurs, c'est tout ce que nous savons. Nous poursuivrons nos recherches, nous continuerons à étudier ces lésions, leur date, leur mode d'invasion, leur nature, leurs rapports avec les vaisseaux, les cellules, la substance fondamentale et nous essayerons de faire l'histoire des fibres normales.

Ces premières considérations résultent de l'examen de 800 coupes faites sur les cerveaux de neuf paralytiques généraux et de six déments, qui se décomposent ainsi :

Huit cerveaux paralytiques généraux examinés par MM. P. Kéraval et Targoula, à Ville-Evrard, cerveaux empruntés au services de MM. Marandon de Montyel et Febvre.

Un cerveau paralytique examiné par MM. P. Kéraval et Boudrie.

Trois déments examinés par Kéraval et Targoula.

Trois déments examinés par Kéraval et Boudrie.

Un cerveau normal examiné par Kéraval et Targoula.

Nous avons contrôlé et comparé les procédés d'Exner, de Tuczek et de Weigert. Nous avons contrôlé les

recherches des auteurs qui nous ont précédés (Tuczek, Zacher, Fischl, Chaslin, Klippel, Cramer, Greppin, Emminghaus).

Nos conclusions nous paraissent conformes à la réalité.

Nous vous présentons quelques-unes de nos préparations.

Vous y verrez ce qui suit :

Chez J..., atteint de démence sénile :

Une coupe d'une circonvolution *frontale* montre une absence complète de fibres à myéline dans les couches moyenne et externe de l'écorce.

Une coupe faite dans une circonvolution *ascendante* montre la même disparition; tandis que dans la couche externe, couche des grandes cellules, on trouve encore ça et là des fibres à direction transversale.

Une coupe du *lobule paracentral* gauche présente ainsi qu'une coupe du lobule pariétal inférieur gauche, la particularité sur laquelle nous avons attiré l'attention plus haut. On trouve, par places, dans la couche externe située immédiatement au-dessous de la pie-mère, des fibres longues, moniliformes et des traces de fibres de tout calibre, tandis que dans toute la hauteur de l'écorce ces éléments font défaut.

Dév..., paralytique général.

Une coupe du *lobule paracentral* montre une grande abondance de fibres à myéline dans *toutes les couches*.

Dans une circonvolution *frontale*, absence complète des mêmes fibres.

Sur une coupe d'une circonvolution *ascendante*, on voit dans la couche externe des traces d'un riche plexus de fibres; dans la couche moyenne, elles ont complètement disparu.

Mill..., paralytique générale.

Circonvolution pariétale ascendante. Conche externe : mottes de myéline par places; absence de fibres. Dans les couches moyennes et internes, fibres transversales solitaires peu nombreuses.

1^{re} *Circonvolution frontale gauche*. Absence complète de fibres dans les couches externe et moyennes. Quelques fibres transversales dans la partie profonde de la couche interne.

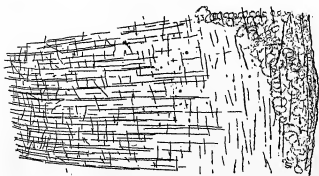


Fig. 1.

LÉGENDE. — Coupe de la *pariétale ascendante* d'un cerveau.

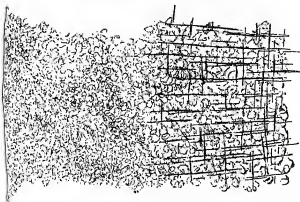


Fig. 2.

LÉGENDE. — D..., paralysie générale. *Pied de Broca* de l'hémisphère gauche. Absence complète de fibres dans la première couche. Quelques fibres rares dans la deuxième couche. Diminution de fibres dans la troisième couche.

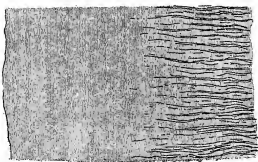


Fig. 3.

LÉGENDE. — B..., paral. gén. en démenç. *III^e frontale*, H. D. Disparition des fibres dans toutes les couches.

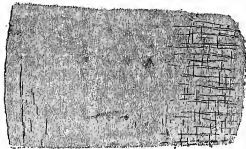


Fig. 4.

Légende. — D..., paral. gén. *Lobule parietal supér.* H. D. Première couche: Quelques fibres solitaires longues. Deuxième couche: Absence de fibres. Troisième couche: Fibres diminuées.

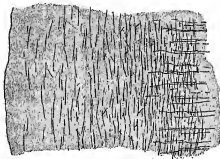


Fig. 5.

Légende. — D..., paral. gén. *Lobule paracentral.* H. G. Première couche: Fibres diminuées de nombre. Deuxième et troisième couches: Fibres normales.

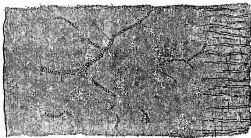


Fig. 6.

Légende. — Jaq... Démence générale. *III^e frontale.* H. G. Première et deuxième couches: Absence complète des fibres nerveuses. Troisième couche: Quelques fibres rares.

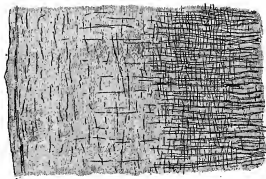


Fig. 7.

Légende. — Vau... Démence consécutive. *Lobule paracentral.* H. G. à peine lésé.

III *Circonvolution frontale droite.* Disparition totale des fibres transversales dans toutes les couches.

Vuill..., démence. On voit dans le *lobule paracentral de l'hémisphère gauche* une grande quantité de fibres dans toutes les couches.

De la mélancolie et de ses diverses variétés (suite).

M. SAURY. — Messieurs, je n'ai pas l'intention d'intervenir longuement dans le débat sur la mélancolie et ses variétés. Les réflexions que je désire vous soumettre ne visent qu'un côté spécial, assez restreint, de la question, celui des phénomènes hallucinatoires. Il est vrai qu'en raison du point de doctrine soulevé par les communications de MM. Falret et Marandon de Montyel, je n'ai pas voulu me soustraire à la discussion générale, sans formuler une déclaration de principe.

Devons-nous, avec M. Falret, envisager la mélancolie comme une maladie spécifique, essentielle, tirant de son propre fonds des caractères déterminés? Faut-il, au contraire, avec M. Marandon de Montyel, ne voir dans les multiples aspects de cette affection que des états symptomatiques, à distinguer et à classer d'après leur étiologie?

A mon avis, la mélancolie manque des attributs constitutifs de l'espèce nosologique. Interprétée dans le sens qui lui convient, celui de *délire triste*, elle ne représente qu'un syndrome, susceptible de se rencontrer dans les diverses expressions de la folie, capable de se restreindre ou de s'étendre, c'est-à-dire de se modifier, suivant ses causes et son terrain d'évolution. Au total, dénomination vague, et qui, employée seule, demeurerait insuffisante pour nous renseigner exactement sur la pathogénie et la marche du phénomène maladif. Il n'y aurait donc pas une mélancolie essentielle, mais plutôt des mélancolies symptomatiques.

Dans le faisceau de symptômes qu'embrasse le syndrome « mélancolie », vous connaissez, messieurs, la place importante qui revient aux hallucinations. Les désordres sensoriels sont parfois si actifs, et comme intensité et comme diffusion, qu'ils dominent absolument la scène morbide, et qu'on a pu caractériser du nom de *délires hal-*

lucinatoires, ces états de trouble mental. Tels se présentent notamment les accès d'alcoolisme aigu, et, d'une façon générale, tous les délires d'origine toxique. M. Marandon de Montyel a bien voulu rappeler, à leur sujet, mon récent travail sur le cocaïnisme (1), pour montrer que la seule différence d'action, entre l'alcool et la cocaïne, réside en ce que ce dernier poison touche électivement la sensibilité cutanée, alors que dans l'alcoolisme on décrit au premier rang les perversions visuelles.

Je pourrais dire également la fréquence des hallucinations de nature pénible, chez les délirants convulsifs et même chez les paralytiques généraux. Mais je ne veux examiner ici que les formes purement vésaniques.

Parmi les mélancoliques de cette catégorie (sans préjuger d'ailleurs la question des variétés simples et des variétés dégénératives), vous savez combien certains malades sont vivement sollicités par les troubles des sens. Presque à l'égal des alcooliques, ces malades puisent dans l'éréthisme de la région corticale postérieure les éléments de leur délire. Des hallucinations de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat, du toucher, participent ou plutôt commandent aux désordres intellectuels. Permettez-moi de rapporter brièvement, à titre d'exemple, l'observation suivante :

M^{me} X..., âgée de cinquante-deux ans, avait toujours vécu en névropathe, sans franchir toutefois les frontières de la folie, lorsque, au mois de mai 1888, à la suite des fatigues et des chagrins causés par la mort de son mari, elle fut prise d'un accès mélancolique avec idées de persécution. La rémission de ce premier délire eut lieu après sept mois de traitement. Mais une nouvelle crise éclatait bientôt, et M^{me} X... nous était amenée le 5 juillet 1889.

La malade se présente dans un état de stupeur que paraît dominer l'angoisse la plus profonde. Sous les dehors de l'inertie, toute son attitude exprime la frayeur. C'est l'anéantissement qui accompagne les émotions violentes. Le regard est inquiet, le facies injecté. Le corps, roide et immobile, se détend partiellement comme pour éviter des atteintes imaginaires. Le mutisme est rompu, de temps à autre, par de sourds gémisséments.

(1) *Du cocaïnisme : contribution à l'étude des folies toxiques. Annales médico-psychologiques*, mai 1889, p. 439.

Même situation, le lendemain et les jours suivants, sans aucune amélioration jusqu'au mois de septembre. Pendant la nuit, de véritables exacerbations panophobiques empêchent M^{me} X... de dormir et augmentent ses terreurs.

Quoique impuissante, d'habitude, à traduire ses pénibles impressions, la malade recouvre pourtant l'usage de la parole et du geste, au moment de certains paroxysmes. Elle accuse alors nettement des hallucinations de la vue et de l'ouïe. « Taisez-vous ! je vous défends de parler ! » crie-t-elle à des interlocuteurs invisibles. Parfois on la trouve, frémissante, en détresse, appuyée contre la porte de sa chambre, essayant avec les mains de boucher le trou de la serrure, pour s'opposer, dit-elle, à « l'envahissement de la mer ».

Enfin, dans les premières semaines de septembre, elle sortait progressivement de sa stupeur, et pouvait nous donner une explication suffisante de son délire. Comme il était permis de le prévoir, les hallucinations en avaient fait, pour ainsi dire, tous les frais. C'étaient surtout « des visions, des fantasmagories », en même temps que des sensations de vertige. M^{me} X... se croyait en pleine mer, sur un bateau secoué par la tempête ; les vagues mugissaient et pénétraient dans sa cabine ; des enfants se noyaient ; les scènes les plus dramatiques se déroulaient devant ses yeux égarés. En d'autres circonstances, des voix l'injuriaient, l'accusaient de fautes monstrueuses ; elle était en prison et voyait les bourreaux chargés de la conduire au supplice ; ses aliments avaient mauvais goût, et sous l'influence de cette aberration persistante, elle refusait de se mettre à table, convaincue que nous devions l'empoisonner (1).

(1) Je profite de cette relation, pour signaler l'heureuse influence exercée par le *chlorhydrate d'hyoscine* sur les hallucinations et le délire. Voici quelques notes relatives à l'emploi de ce médicament, chez M^{me} X...

10 août. — Agitation nocturne ; la malade se lève de son lit et parcourt la chambre en gémissant. Une injection sous-cutanée d'hyoscine, à la dose d'un demi-milligramme, procure un sommeil de plusieurs heures.

11 août. — Vive anxiété ; refus d'aliments. A six heures du soir, injection hypodermique avec un demi-milligramme d'hyoscine : un quart d'heure plus tard, les phénomènes anxieux ont disparu ; la malade se laisse conduire à table, sans résister comme d'habitude ; elle mange spontanément (ce qui ne lui était pas arrivé depuis un grand nombre de jours). Après le dîner, résolution musculaire plus accusée, somnolence ; à dix heures du soir, la malade dormait encore d'un profond sommeil ; respiration calme, pouls régulier.

13 et 25 août. — Mêmes doses d'hyoscine et mêmes phénomènes consécutifs.

Cette observation se passerait facilement de commentaires. J'avais à démontrer que les hallucinations peuvent constituer le signe principal des mélancolies vésaniques : or, il est évident que, chez notre malade, le délire a revêtu d'emblée la forme hallucinatoire et qu'il a conservé le même caractère pendant toute la durée de son évolution. La rapidité avec laquelle ce délire a disparu, mériterait plutôt quelques remarques. Elle tient certainement à la nature dégénérative de l'accès. Nous pourrions encore noter, à propos de ce mode de guérison, la tendance habituelle des maladies mentales à se résoudre d'autant plus vite qu'elles sont plus intenses et plus diffuses. Il est vrai que l'imminence des rechutes rend assez précaires ces bonnes conditions de curabilité.

Si j'en crois mon expérience personnelle, en désaccord à cet égard avec l'opinion émise par M. Legrain dans une précédente séance, les cas de mélancolie à réaction sensorielle prédominante seraient loin d'être rares. Ils entreraient au moins pour les deux tiers dans une statistique de mes observations. C'est dire que je pourrais citer de nombreux faits analogues au précédent, sinon plus accusés. Je me souviens particulièrement d'une jeune femme, que les hallucinations avaient tenue longtemps dans la stupeur, et qui me déclarait, après sa guérison, qu'elle venait d'être délivrée d'un « rêve épouvantable » : elle voyait, exposée sur un mur, la tête de son père, coupée et suspendue par les cheveux, ruisselante de sang ; elle entendait constamment le glas funèbre, les cris de son mari menacé, comme elle et tous les siens, des tortures les plus affreuses : elle en restait muette d'horreur.

Un autre malade n'était pas moins expressif au sujet de ce qu'il appelait ses « terribles cauchemars », désignant ainsi les manifestations de son délire : des quartiers de Paris s'écroulaient, entraînant sous leurs débris d'innombrables victimes ; des trains chargés de voyageurs s'abîmaient dans un précipice, et c'étaient des entassements de morts et de mourants dont les plaintes le poursuivaient comme l'auteur responsable de ces désastres.

Je reconnais d'ailleurs que la plupart de mes obser-

vations se rapportent à des prédisposés *maximum*, et qu'en regard de ces mélancoliques si fortement touchés au point de vue hallucinatoire, il en est d'autres avec lesquels le contraste devient frappant. Ceux-ci gardent l'appareil sensoriel à peu près intact, au milieu des préoccupations les plus anormales. Déprimés et languissants, c'est à peine si quelques illusions, quelques troubles de la sensibilité générale, viennent, par instants, élargir le cercle de monotonie sombre où se concentre leur esprit.

Voici maintenant les hypocondriaques, les anxieux, les syndromiques, toute la série des mélancoliques avec conscience. Que trouvons-nous à l'examen de ces malades? De l'émotivité, des craintes et des obsessions angoissantes, des tendances impulsives, des sensations viscérales faussement interprétées, mais le plus souvent une absence totale d'hallucinations proprement dites. Aussi bien, je me garderais encore de soutenir qu'il s'agit là d'une règle absolue. Je sais que certains cas de mélancolie lucide s'accompagnent de désordres dans la sphère sensorielle, et que, du reste, la dégénérescence mentale prête facilement aux manifestations délirantes les plus diffuses. Il n'en est pas moins d'observation courante, que la plupart de ces vésanies peuvent évoluer, du début à la terminaison, sans retentissement appréciable sur le cerveau postérieur. Je devrais même ajouter que l'hallucination ne fait jamais partie intégrante de l'état *spécial* qui caractérise les aliénés de ce genre. Lorsqu'elle intervient, c'est plutôt comme phénomène secondaire, à titre de complication épisodique et d'incident presque toujours passager.

Depuis le mémoire de Lasègue sur la folie des persécutions (1852), depuis les travaux, plus récents, de M. Magnan et de ses élèves, sur le délire chronique à marche systématique et progressive, la distinction a été trop bien établie, entre les mélancoliques ordinaires et les vrais persécutés, pour qu'il soit possible de les confondre dans un même tableau descriptif. Répétons-nous, avec M. Falret, que « la tristesse est la base de la mélancolie dépressive, la crainte celle de la mélancolie anxieuse, et la défiance celle du délire de persécution? » Sans nier l'exactitude et la valeur relative de ces carac-

tères psychologiques, il est permis d'affirmer que nous possédons de meilleurs éléments de diagnostic différentiel. Et certes, ce n'est pas M. Falret qui voudra me contredire, car, un des premiers, après Lasègue, il a eu le mérite de vulgariser cette notion si importante : que l'hallucination de l'ouïe prédomine et joue un rôle pathognomonique dans le délire essentiel des persécutions.

Je termine, Messieurs, sans développer autrement cette esquisse de séméiologie. Pour le but que j'ai recherché, les détails seraient inutiles. J'ai voulu simplement rappeler que la connaissance des modalités diverses du processus hallucinatoire n'était pas indifférente, au double point de vue du diagnostic et du pronostic des nombreuses affections à base mélancolique.

De la résistance électrique dans la mélancolie.

Maladie de Basedow et mélancolie.

M. J. SÉGLAS. — Messieurs, si j'ai demandé la parole dans la discussion ouverte sur la mélancolie, ce n'est pas pour aborder à cette tribune une question de doctrine. Mes prétentions sont plus modestes, et je me propose simplement de vous rapporter une observation que je crois intéressante à cause de la présence, à côté de la mélancolie, de certains symptômes dont le diagnostic était assez délicat ; et en même temps, je me permettrai d'attirer votre attention sur un fait assez commun, d'après ce que j'ai pu voir, chez les mélancoliques et pouvant à l'occasion aider puissamment au diagnostic complet de l'état pathologique des sujets en observation.

M^{me} A... née P..., âgée de vingt-sept ans, entrée le 1^{er} février 1890 à la Salpêtrière, service de M. J. Falret.

Antécédents héréditaires. — Le grand-père paternel était buveur ainsi que sa femme.

Père : très paresseux, également buveur, rhumatisant, mort d'accidents cardiaques.

Un oncle maternel avait des « idées baroques ».

Un frère de caractère instable.

Antécédents personnels. — Rien à noter dans l'enfance, développement physique et intellectuel normal. Réglée à seize ans. Caractère doux, aimant ; enjouée, peureuse, insouciant et

nonchalante. La malade était sujette à rire et à pleurer sans motifs. Il y a deux ou trois ans, elle aurait eu une attaque de nerfs qui aurait duré une heure et demie. Emotions fréquentes depuis son mariage : elle avait toujours peur de son mari qui, dans des accès de jalousie, la poursuivait avec un couteau ou un revolver. — Accouchement, il y a près de deux ans ; elle a allaité son enfant jusqu'à huit mois. Elle était très fatiguée, avait des pertes blanches très abondantes, souffrait de palpitations, et se plaignait toujours du ventre. Un mois avant qu'elle ne cesse l'allaitement, elle avait failli être renversée avec son enfant par un cheval et avait eu extrêmement peur. A dater de cette époque, elle a beaucoup changé, est devenue très triste, trouvait la vie fatigante, pénible, parlait de mourir avec ses enfants. Puis elle a cessé de s'occuper de son ménage, elle restait indécise, ne pouvant se résoudre à rien. Craintes d'empoisonnements et refus d'aliments : une fois, il y a deux mois, elle s'est enfuie de chez elle, est allée voir sa mère et lui a dit qu'elle ne voulait pas rentrer chez elle, parce que son mari la tuerait. Elle a essayé deux fois de se suicider en s'étouffant entre deux matelas, et en s'asphyxiant, elle et ses deux enfants, avec du charbon.

2 février. Examen de la malade. — Dans les premiers jours, elle ne répond à aucune question ; elle a une attitude craintive, tremble de tout son corps surtout quand on l'approche ou qu'on veut la toucher, elle semble écouter tout ce qui se passe autour d'elle et regarde partout avec inquiétude. Elle reste immobile sur sa chaise, résiste lorsqu'on veut la changer de place et paraît avoir alors très peur. Refuse les aliments. Elle est gâteuse.

Les yeux ont une expression terrifiée. Ils sont un peu saillants, le bord de la paupière affleurant le cercle extérieur de l'iris. — Pupilles normales. — Pouls radial petit à 108, pouls carotidien plus fort ; rien à l'auscultation du cœur. Mains violacées, peau chaude et sèche. Temp. axillaire, 37°,2. Pas de goître.

Au bout de quelques jours on peut saisir quelques phrases qu'elle prononce à voix presque basse. Elle regarde ses mains, les trouve changées, ainsi que sa figure, ses yeux surtout, son nez aussi. Elle ressemble à un perroquet, puis après elle dit qu'elle est un lion et demande si l'on n'a pas peur d'elle. Les autres personnes sont en carton ou en bois, elle le voit à la façon dont elles marchent ; tout le monde ressemble à des machines. Pour elle, on va la tuer, la jeter dans la fontaine, la mettre à fond de cale. Jamais elle ne répond quand on lui adresse la parole ; elle mange difficilement, reste immobile sur sa chaise ou dans son lit la nuit, mais ne dort pas. Même faciès : pouls 110.

11 mars. — L'état précédent dure environ un mois, et un

jour, après la visite de son dernier enfant, il semble se produire une détente. La malade devient plus communicative. Elle nous raconte qu'à la suite de l'accident dont elle a failli être victime avec ses enfants, elle est restée toute tremblante pendant plusieurs jours. Elle ne faisait qu'embrasser ses enfants et, quand elle les voyait, elle était toute angoissée. A partir de là, dit-elle, j'ai beaucoup changé, mais ce n'est que quelques mois plus tard que j'ai été plus mal. Elle était dégoûtée de tout, restait des journées entières sans rien faire, elle avait peur, se sentait toute drôle, toute changée. A la fin, elle ne reconnaissait plus sa famille et demandait si c'était bien vrai que les enfants fussent là. Elle se rappelle ce qui s'est passé pendant sa maladie, surtout les faits qui se sont passés autour d'elle ; moins ses idées.

Elle ne se souvient que vaguement d'avoir dit qu'elle était un perroquet, que tout le monde était changé. Elle dit n'avoir été préoccupée que de ses enfants. Je me disais : « Pourquoi suis-je ici ? Où sont mes enfants ? Que sont-ils devenus ? Je pensais qu'on m'avait enlevée de ma famille pour toujours. Je pensais tout le temps à mes enfants, déjà chez moi j'avais peur qu'ils ne soient pas heureux. » Elle dit n'avoir pas bien connu son enfant quand on le lui a amené : « Il avait l'air comme endormi, il avait une toute petite voix ; je ne le reconnaissais plus, il m'a semblé ne reconnaître que sa robe que j'avais faite. Ma mère et mon oncle n'avaient rien de changé. » Elle semble n'avoir pas eu d'hallucinations sensorielles. Elle dit qu'elle ne mangeait pas parce qu'elle n'en avait pas la force et nie toute idée d'empoisonnement. De même elle ne parlait pas, parce qu'elle n'avait pas la force de remuer sa langue, qui était comme collée ; et puis, dit-elle, je ne comprenais rien et je n'avais idée de rien. Rires fréquents, involontaires, dit-elle, yeux moins saillants ; pouls, 88. Mains toujours violacées, peau froide, sèche. L'examen de la sensibilité, très difficile, ne révèle rien de particulier. Les fosses ovariennes semblent sensibles, surtout la gauche. Il me semble que les mains tremblent légèrement, mais il n'y a rien de positif dans cet examen, rendu impossible par la résistance de la malade et une sorte de raideur musculaire ou de tremblement général. Oreilles mal ourlées : lobule adhérent.

Elle demande à sortir, mais semble comprendre qu'elle doit rester encore pour guérir tout à fait et demande simplement à voir ses enfants.

16 mars. — Même état jusqu'à cette époque. Elle est moins bien aujourd'hui, plus absorbée. « Je cherche ce qu'on me veut, dit-elle, je ne veux pas souffrir tout le temps, j'en ai assez. Si je ne suis pas comme autrefois, ce n'est pas de la maladie. Je comprends de moins en moins, je veux être comme tout le monde. »

21 mars. — A midi et demi, subitement elle tombe à terre comme une masse, la figure est violacée. Pendant dix minutes, elle reste inerte sans bouger; pas de raideur, pas de secousses des membres. Morsure de la langue, écume sanguinolente, léger ronflement : miction et selle involontaires. Au bout de dix minutes, on la couche : elle dort environ une heure. A son réveil, elle se plaint d'avoir mal à la tête, ne se rappelle absolument rien. — Avant cette attaque, elle était très absorbée, répétait qu'elle ne comprenait rien : après, elle répondait mieux que jamais aux questions.

22 mars. — Moins bien, ne cause plus, refuse les aliments.

29 mars. — Même état, mutisme. Les yeux sont de nouveau plus saillants. P. 112 pulsations.

30 mars. — « On me regarde comme une ahurie, on se moque de moi : ce n'est pourtant pas ma faute si je n'ai pas profité de l'électricité, on ne m'a rien expliqué. Je vois qu'il y a trop de choses que je ne comprends pas, cela ne peut durer ainsi. Je ne comprends pas comment il y en a à qui la pile rend des forces, mais je crois que cela me les enlève, car je me sens faible et je n'ai rien fait pour perdre mes forces. Je souffre la nuit, le jour, tout le temps, tout me tire. Il me semble que ma tête, mon estomac se démolissent. On me donne tout à souffrir, c'est toujours moi qui ai tout le mauvais, c'est pis que la mort; s'il y a un moyen de mourir, pourquoi ne me tue-t-on pas de suite. Je ne suis qu'une girouette : je ne puis baisser la tête, ou la relever : si je la relève, on trouve cela drôle : autant qu'on me tue. Qu'on m'explique et que je sois comme tout le monde. » — Sortie non guérie le 11 avril 1890.

Comme vous le voyez, messieurs, cette malade est bien nettement une mélancolique chez laquelle cette vésanie, tout en présentant des intervalles d'anxiété, revêt le plus généralement les caractères de la forme dépressive. Je n'insiste pas sur ce point.

Mais il est chez elle d'autres symptômes que vous avez sans nul doute remarqués au passage, notamment la saillie des yeux, la fréquence du pouls et qu'il s'agit d'interpréter au point de vue de la présence possible de la maladie de Basedow. Chez un sujet ordinaire, la chose ne serait même pas à discuter, d'autant plus qu'il y aurait à l'appui de l'opinion affirmative d'autres symptômes de moindre importance. Mais ici, la chose est tout autre par suite de l'existence de la mélancolie. Il importe donc de bien apprécier chaque symptôme à sa juste valeur.

Les trois symptômes essentiels de la maladie de Basedow sont en résumé le goître, l'exophtalmie, la tachycardie. Ici le goître est totalement absent ; mais de ce que les deux autres symptômes existent, il ne faut pas conclure trop vite à l'existence de la maladie de Basedow, comme on le ferait sans hésitation chez un malade ordinaire.

En effet, il faut noter que cette saillie des yeux et cette fréquence du pouls sont surtout apparentes dans les paroxysmes d'angoisse et il est d'observation courante que les anxieux, au moment de tels paroxysmes, ont le pouls accéléré et que leurs yeux fixes, saillants, donnent à leur physionomie un cachet de stupéfaction ou de terreur presque caractéristique. Ici la saillie des yeux est d'ailleurs peu considérable, et même si on avait vu la malade pour la première fois au moment de sa période de rémission, elle n'aurait pas attiré spécialement l'attention. — Mais ce qui donne une importance toute particulière à ces deux symptômes et éveille l'idée d'une maladie de Basedow, c'est que, au dire des parents de la malade, cette saillie des yeux était déjà assez évidente pour attirer leur attention avant la période d'acmé de la mélancolie et dès le début. Rappelons en outre que la malade dès ce moment s'est plainte de palpitations, que le pouls était d'une façon trop constante à 112 dans les moments les plus aigus de la mélancolie, pour devoir en être justiciable et que, même dans la courte période de rémission, il n'est pas revenu à la normale, mais est resté à 88, ce qui n'est pas le chiffre d'un pouls de mélancolique.

On pouvait donc déjà se croire autorisé à porter le diagnostic de maladie de Basedow. Mais dans ces cas incomplets, il est toujours bon, pour arriver à une certitude, de constater le plus de symptômes possible pour affirmer le diagnostic. Ici la difficulté subsistait toujours : c'est ainsi que nous avons bien vu chez notre malade le défaut de parallélisme entre l'amplitude du pouls radial et celle du pouls carotidien. Mais c'est là un fait signalé également chez les mélancoliques en état d'angoisse et ce n'est d'ailleurs qu'à ce moment que nous l'avons vu chez notre malade. — D'un autre côté, elle ne paraît pas non plus souffrir de cette sensation de

chaleur signalée dans le goître exophtalmique et s'accompagnant parfois de sueurs. Elle reste couverte telle qu'on l'habille, est même chaudement vêtue; jamais nous ne l'avons vu suer. — Le tremblement spécial étudié par M. Marie dans la maladie de Basedow est ici impossible à constater, à cause de la raideur de la malade ou des secousses générales qui l'agitent quand on l'approche. Mais il est encore un symptôme dont M. Vigouroux a démontré toute la valeur dans la maladie de Basedow, c'est la diminution de la résistance électrique. Or, notre malade examinée à ce point de vue par M. Vigouroux lui-même au laboratoire d'électrothérapie de la Salpêtrière, a présenté une résistance électrique de 900 ohms, c'est-à-dire égale seulement à peu près au quart de la moyenne.

Dès lors, grâce à ces trois symptômes: exophtalmie, tachycardie, diminution de la résistance électrique, nous pouvions affirmer chez elle l'existence de la maladie de Basedow.

En effet, la constatation de la diminution de la résistance électrique est ici d'une importance considérable en égard à la présence de la mélancolie, qui, si j'en crois mes recherches, s'accompagne au contraire d'une augmentation de la résistance électrique.

J'ai examiné à ce point de vue tous les mélancoliques que j'avais à ma disposition et chez tous sans exception la résistance électrique était augmentée d'une façon considérable. — Mes malades observés sont au nombre de six, quatre mélancoliques à forme dépressive, deux à forme anxieuse.

Voici le résumé de leur observation et le chiffre de leur résistance. Ce chiffre a été calculé par M. Vigouroux lui-même, que je ne saurais trop remercier de l'obligeance qu'il a mise à m'aider dans mes recherches. Chacune de ces constatations a été faite dans les mêmes conditions d'expérience, autant que faire se peut: elles sont donc très comparables.

Le lieu d'élection est le suivant: l'électrode négative est placée en arrière à la base du cou, la positive sur le bord gauche du sternum. C'est de cette façon qu'ont été obtenus les chiffres ci-dessous. Prise aux faces dorsale et palmaire des avant-bras, la résistance électrique est

encore plus considérable. En général, le courant employé est de dix éléments Léclanché qui donnent 14,5 volts, et moins, s'ils ne sont plus très neufs. Cette force initiale se réduit par la polarisation pendant l'expérience, et c'est le chiffre final qui a été employé dans le calcul de la résistance $R = \frac{E}{I}$. La durée du courant est de 60 secondes.

OBS. I. — M^{me} M..., née E..., trente-sept ans : dépression mélancolique, mutisme, gâtisme : résistance électrique très augmentée, 23,333 ohms.

OBS. II. — M^{me} B..., née S..., trente-trois ans : mélancolie dépressive, inertie physique et morale, mutisme, refus d'aliments, troubles vaso-moteurs des extrémités très accentués. Augmentation *énorme* de la résistance électrique, 70,000 ohms.

OBS. III. — M^{lle} M..., vingt-six ans : dépression mélancolique, mutisme, refus des aliments, troubles vaso-moteurs des extrémités. Résistance électrique considérable, 50,000 ohms.

OBS. IV. — M. G..., seize ans : stupeur mélancolique, état de raideur musculaire, troubles vaso-moteurs des extrémités. Augmentation de la résistance électrique, 7,189 ohms.

OBS. V. — M^{me} B..., née L..., vingt-six ans : délire mélancolique, dépression fréquente, intervalles d'anxiété. Augmentation de la résistance électrique, 7,666 ohms.

OBS. VI. — M^{me} L..., née F..., quarante-neuf ans : délire mélancolique, anxiété, terreurs vagues, craintes imaginaires. Augmentation de la résistance électrique, 9,500 ohms. — Tombée à 5,000 ohms au moment de la sortie de la malade en état d'amélioration notable.

En comparant ces différents chiffres à celui de la normale qui est compris entre 3,000 et 5,000 ohms, on voit donc que la résistance électrique était augmentée dans tous ces cas d'une façon notable.

En est-il toujours ainsi chez les mélancoliques ? Je ne sais ; mais cela me semble bien probable, à moins d'admettre que je sois tombé sur une série des plus favorables. Mais je n'ai pas choisi mes malades, j'ai pris tous les mélancoliques vésaniques que j'avais à ma disposition, et six fois sur six les mêmes résultats se sont produits. D'un autre côté, la résistance chez mes malades semblait augmenter avec l'intensité des différents symptômes propres à la dépression mélancolique : enfin, le

fait du retour de la résistance électrique à un chiffre presque normal chez la dernière malade, au moment de la disparition de la vésanie, est d'une grande importance au point de vue qui nous occupe (1).

Cette constatation chez les mélancoliques de l'augmentation de la résistance électrique vient à l'appui des expériences de M. Féré qui, dans une communication à la Société de Biologie, en 1888, a montré que la résistance électrique augmentait par la suppression des excitations sensorielles ou sous l'influence d'émotions asthéniques, deux conditions qui sont à leur maximum chez le mélancolique, que l'état émotionnel pénible qui l'absorbe rend bien souvent insensible à toute excitation extérieure.

D'un autre côté, j'ai déjà insisté dans différents mémoires sur le peu de place que tiennent les hallucinations sensorielles dans la symptomatologie de la mélancolie vraie. Une seule des malades ci-dessus, la dernière, a eu des hallucinations sensorielles, et encore ont-elles été élémentaires et transitoires.

Je ferai remarquer enfin que deux théories existent au point de vue de la variation de la résistance électrique dépendant pour les uns de l'état de l'épiderme, pour les autres, et c'est l'opinion de M. Vigouroux, de l'état de la circulation superficielle. Nos mélancoliques ne peuvent nous servir à trancher la question, mais il est bon de remarquer qu'ils remplissent les deux conditions supposées favorables à l'augmentation de la résistance électrique : leur peau en effet est sèche, les sécrétions chez eux

(1) Depuis cette communication, le même fait a été observé chez la malade de l'observation III, qui avait autrefois une résistance de 50,000 ohms et chez laquelle, aujourd'hui qu'elle est en pleine convalescence, on ne trouve plus qu'une résistance de 16,111 ohms. J'ajouterai encore que j'ai observé récemment deux nouvelles malades : l'une atteinte de dépression mélancolique simple accentuée, troubles vaso-moteurs des extrémités, peau sèche, froide, flasque, a une résistance électrique de 35,000 ohms. La seconde, atteinte de mélancolie dépressive ; peau sèche et froide, troubles vaso-moteurs des extrémités, a une résistance électrique de 46,666 ohms. Enfin M. Sollier, interne à la Salpêtrière, qui a examiné de son côté, à ce point de vue, trois malades atteintes de mélancolie, a également chez les trois trouvé une augmentation de la résistance électrique.

se font mal ; et d'un autre côté cette peau est flasque, peu tendue, froide, exsangue, sauf aux extrémités, qui cependant, elles aussi, par leur aspect particulier, dénotent des troubles vaso-moteurs profonds et une circulation peu active. Il est d'ailleurs à noter que l'augmentation de la résistance électrique était la plus grande chez les malades qui présentaient le plus nettement les troubles vaso-moteurs des extrémités et les caractères de sécheresse, de flaccidité de la peau propres aux mélancoliques.

En résumé, Messieurs, je crois pouvoir tirer des faits précédents les conclusions suivantes :

1° Dans la mélancolie vésanique, d'après les cas que j'ai observés, la résistance électrique semble devoir être augmentée et parfois d'une façon considérable. Chez mes malades, cette augmentation était plus grande dans les formes dépressives que dans les formes anxieuses, et proportionnelle en quelque sorte à l'intensité de la dépression ;

2° Cette notion de l'augmentation de la résistance électrique chez le mélancolique peut être parfois un élément utile de diagnostic dans le cas d'une maladie coexistante, telle que la maladie de Basedow, ainsi que je viens de vous en montrer un exemple.

M. CHARPENTIER admet très bien qu'il puisse y avoir augmentation de la résistance électrique chez les mélancoliques ordinaires ; mais il désirerait savoir s'il en est de même chez ceux qui ont des états de tension musculaire.

M. SÉGLAS. — L'état de raideur des muscles importe peu, je crois, ici. Car c'est surtout la peau qui entre en jeu dans les modifications de la résistance électrique. J'ajouterai qu'un des malades dont j'ai parlé ci-dessus, et dont la résistance électrique atteignait 7,187 ohms, avait de la raideur et des spasmes musculaires des plus nets.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of Mental Science (1887).

I. — *Exemples de développement normal et défectueux des cellules multipolaires de l'écorce cérébrale; leur dégénération dans les cas de folie sénile; production de certains exsudats albumineux ou protoplasmiques, siégeant en général à la jonction des substances blanche et grise des circonvolutions dans la paralysie générale et la manie simple à symptômes plus ou moins aigus*; par le D^r EDWARD PALMER (numéro de janvier). — Le début de ce mémoire, qui est orné de planches fort belles, a rapport à la technique microscopique. L'auteur entre dans de minutieux détails sur les deux phases d'une opération qui lui a donné, il faut le dire, des résultats remarquables : le durcissement et la coloration.

Il emploie, pour le durcissement, le procédé d'Hamilton. Les fragments de substance cérébrale sont plongés, pendant trois semaines, dans un mélange de trois parties de liqueur de Muller et une partie d'alcool méthylique; puis ils séjournent une semaine dans trois solutions successives et graduées de bichromate d'ammoniaque (1/4, 1 et 2 p. 100). Après ces préparations, la pièce est bonne à couper. Les coupes sont faites dans l'alcool dilué, et colorées tour à tour par l'hématoxyline (quarante minutes), le carmin (un quart d'heure), et l'éosine (quinze à vingt secondes). Chaque élément trouve, au contact de ces trois substances, la coloration qui lui convient, et l'on obtient finalement, par une sélection remarquable, la mise en lumière des noyaux, des vaisseaux, du tissu conjonctif, etc. Entre chaque immersion, la coupe est lavée dans l'alcool étendu, où elle se débarrasse de l'excédent de couleur. Elle est montée ensuite au baume par les procédés ordinaires, après avoir été éclaircie dans une essence. Les dessins publiés par M. Palmer sont d'une netteté admirable.

Les quatre premières planches représentent le cerveau sain,

chez le fœtus, l'enfant et chez l'adulte. Les cas pathologiques sont ensuite figurés, et, en premier lieu, la démence sénile. La circonvolution supérieure frontale gauche d'un vieillard de quatre-vingt-un ans, frappé de déchéance sénile complète, avec légère exaltation délirante, présente une dégénérescence avec absorption des cellules multipolaires et destruction générale des prolongements nerveux. Dans certaines coupes, les noyaux ont disparu ; les corps des cellules sont réduits à des masses transparentes, granuleuses, sans contours définis, et dépourvues de prolongement.

Deux cerveaux d'idiots offrent des détails intéressants. L'un, âgé de seize ans, n'avait pas d'intelligence, mais pouvait s'attacher à son entourage ; il n'avait ni vocabulaire, ni entente des sons, et se montrait souvent bruyant et indocile. Il avait les cellules multipolaires en nombre normal, mais petites et granuleuses, à prolongements plus ou moins avortés.

L'autre, âgé de trente ans, était dépourvu à la fois d'intelligence, d'affectivité et de tout langage. Bruyant, désordonné avec automatisme, il était épileptique et malpropre. Ses cellules cérébrales sont avortées en grand nombre, d'autres ont acquis leur développement ; mais elles sont déformées, leurs prolongements manquent ou se distinguent à peine.

Nous arrivons maintenant à la partie vraiment originale de ce travail. Il s'agit d'une altération nouvelle, découverte par M. Palmer, chez des individus atteints de manie et de paralysie générale maniaque. Ce sont des exsudations protoplasmiques qui s'échappent des parois vasculaires, se répandent dans les espaces lymphatiques, et, suivant les voies de résistance moindre, vont englober les noyaux nerveux ou myélocytes. C'est un phénomène d'infiltration ; il ne se produit que dans la zone qui sépare les deux substances grise et blanche. On voit cette altération bien marquée dans une coupe prise dans la frontale gauche d'un maniaque. Par contre, elle n'existe pas dans une autre coupe pratiquée au niveau du troisième feuillet de l'écorce. On constate dans cette dernière préparation un état tortueux, variqueux des vaisseaux, ainsi qu'une prolifération nucléaire abondante.

La lésion décrite par M. Palmer est très remarquable dans la paralysie générale aiguë. On voit, dans une des coupes prises dans la substance blanche de la troisième frontale gauche, les exsudats prendre naissance dans le vaisseau dont ils distendent les parois. En d'autres points, ils font issue au dehors et

viennent envahir les noyaux. Ailleurs, les exsudats ont entouré complètement les noyaux en rompant toute connexion avec le vaisseau dont ils émanent. Cette néoformation n'existe pas dans la paralysie générale à forme chronique.

II. — *Observations sphymographiques faites sur des malades d'asile*; par DUNCAN GREENLESS (numéro de janvier). — Les recherches de M. Greenless ont porté sur des maniaques, des mélancoliques, des épileptiques, des paralytiques généraux, des déments et des imbéciles. Elles peuvent se résumer comme il suit :

Dans la manie aiguë et les formes d'aliénation mentale associées à l'excitation, les centres nerveux sont congestionnés ; mais les parois artérielles sont dans le relâchement. Il en résulte une diminution de la tension artérielle, et le tracé du poulx est dicrotique. Avec l'état chronique, ce tracé se modifie et se rapproche plus ou moins du tracé normal.

La dépression mentale, récente et aiguë, produit une systole cardiaque faible et une réplétion incomplète des artères. Néanmoins, si la dépression persiste longtemps ou si elle va jusqu'à l'hébétéude ou la stupeur, la systole recouvre sa force, et le tracé indique une certaine tension artérielle.

Les artères des épileptiques sont flasques, et la faible tension artérielle est chez eux la règle. Pendant l'état épileptique et dans la phase d'inconscience de l'attaque, les caractères ordinaires du tracé disparaissent. Il devient monocrotique ou dicrotique, et correspond à un poulx petit, mon, fuyant. Il rappelle le poulx du coma et du collapsus dans les maladies aiguës.

Dans la paralysie générale, le poulx varie suivant la période où on se trouve. Pendant la première, la systole est énergique et soudaine ; mais la tension artérielle est faible, et la ligne de descente est marquée de nombreuses ondulations, résultat probable de frémissements musculaires. Dans la seconde période, l'impulsion initiale est modérée, et le sommet de la courbe présente une forme arrondie ou même un plateau, ce qui indique une tension artérielle assez élevée. Au dernier degré de la paralysie générale, la systole ventriculaire est faible, mais l'ensemble du tracé se rapproche, d'ailleurs, de celui de la première période. Chez les déments, le tracé montre une action cardiaque peu énergique, une circulation torpide. Il y a évidemment une distension incomplète des vaisseaux, une innervation affaiblie du système vaso-moteur.

Dans les cas d'imbécillité congénitale, il faut comprendre les

arrêts de développement du cerveau, aussi bien que les lésions atrophiques du tissu cérébral. On observe, dans tous ces cas, une exagération de la tension artérielle et de la systole cardiaque. M. Greenless assimile ce trouble fonctionnel à celui qui est lié à certaines conditions pathologiques bien connues, telles que la dégénérescence fibreuse des reins, les affections obstructives de l'aorte.

III. — *Alternance des névroses*; par le Dr G. M. Savage (numéro de janvier). — Dans ce court mais substantiel travail, notre savant confrère de Bedlam étudie les névroses au point de vue de leur alternance avec la folie chez le même individu; il s'occupe ensuite de l'alternance de la folie avec certaines conditions physiques qui ne paraissent pas être en connexion directe avec le système nerveux.

Les névroses dont l'alternance s'observe le plus communément sont : la migraine, l'hystérie, l'asthme et l'épilepsie. M. Savage a vu plusieurs fois chez des migraineux les maux de tête disparaître sous l'influence d'un accès d'aliénation mentale. Un sujet observé par lui a dû à un accès violent de manie d'ailleurs suivi de guérison, la cessation pendant plusieurs années des crises hémicrâniennes.

Les attaques d'hystérie sont rares à Bedlam, où existe cependant une population de 160 femmes; mais notre confrère n'en a pas moins assisté fréquemment à la production successive des accidents hystériques et du délire vésanique, l'un paraissant succéder aux autres et réciproquement. Des monoplégies hystériques disparaissaient pendant un accès d'aliénation mentale, et se montraient de nouveau avec le retour de la raison. La même remarque a été faite à propos de vomissements incoercibles de nature hystérique. D'autres aliénées présentaient une alternance des symptômes nerveux avec un état de perversion morale.

L'asthme a donné lieu à de curieuses remarques. On a vu la disparition de cette névrose correspondre au début d'une altération grave et irrémédiable de la fonction mentale. La parenté de l'asthme de foin avec l'asthme vulgaire trouve ici une démonstration. Un individu qui souffrait tous les ans des accès d'asthme de foin, est devenu aliéné après la suppression de cette manifestation périodique.

Les relations de l'épilepsie et de l'aliénation mentale sont connues, mais les vues émises par M. Savage ne sont pas absolument conformes aux idées qui ont cours sur cette question.

On admet en général que la guérison de l'épilepsie entraîne l'amendement des désordres mentaux. Il a constaté cependant que chez certains malades la suppression d'accès courts, rares, surtout nocturnes, était suivie de l'aggravation du délire; et ce fait important vient à l'appui de la thèse qu'il défend aujourd'hui. Au surplus, la substitution de l'épilepsie larvée à l'épilepsie motrice est le plus bel exemple d'alternance que nous offre l'histoire des névroses.

Le phénomène de l'alternance s'observe aussi entre l'aliénation mentale et certaines maladies physiques. Citons au premier rang la goutte et le rhumatisme. De nombreux aliénés rhumatisants voient leur affection articulaire disparaître avec l'invasion du délire vésanique et leurs souffrances revenir avec l'amélioration de l'état mental. Ainsi de la goutte, et la soudaineté du changement produit ne permet pas de l'attribuer à un transport du poison goutteux dans le tissu cérébral. Le diabète et la folie se substituent aussi fréquemment l'un à l'autre. Le phénomène s'observe dans la paralysie générale, mais il n'est marqué que dans la période aigüe de cette affection. Avec les progrès de la paralysie générale, on voit de nouveau le sucre apparaître dans l'urine.

De nombreuses affections physiques modifient les troubles mentaux des aliénés et les masquent même entièrement : mais il faut remarquer que leur action s'exerce sur les vésanies simples, sur les désordres purement fonctionnels et qu'elle est nulle sur les troubles d'origine organique. Une fièvre peut modifier une manie; elle est sans influence sur une paralysie générale progressive.

IV. — *A quels signes reconnaît-on que certains aliénés peuvent quitter l'asile?* par le D^r Hayes Newington (numéro de janvier). — L'auteur de cette note, luc à la réunion trimestrielle de la Société médico-psychologique, énumère les troubles mentaux qui rendent nécessaire la séquestration d'un aliéné. Ce sont : 1^o le suicide, 2^o l'homicide, 3^o des actes qui, sans être accomplis dans une intention homicide ou suicide, peuvent conduire aux mêmes résultats et sont qualifiés dangereux; exemple : l'incendie, l'agression spontanée; 4^o des actes plus ou moins graves susceptibles de causer à l'entourage de l'aliéné un préjudice quelconque ou une incommodité réelle; exemple : conduite indécente, tapage dans une église; 5^o des actes compromettants pour la fortune, la dignité du malade; exemple : extravagances, mauvaise administration des affaires.

M. Newington n'a étudié dans ce travail que le suicide. Il se demande à quelles conditions doit satisfaire, pour sa sortie, un aliéné qui a manifesté des tendances suicides. L'analyse de l'état moral, que notre confrère présente sous une forme nouvelle et ingénieuse, permet de résoudre cette question.

Lorsqu'un suicide se produit, il est le résultat de deux facteurs. Il y a, d'une part, un désir ou une tentation mis en jeu par des circonstances adverses, de l'autre un affaiblissement de ces instincts naturels, de ces émotions qui protègent l'existence et permettent à l'homme de résister au désir de la mort. Ce sont deux états psychiques simultanés, qui agissent parallèlement, et l'on peut les désigner respectivement sous les noms de moteurs et antagonistes du suicide.

Les moteurs du suicide sont innombrables, mais on peut les ramener à deux groupes : souffrances mentales, souffrances physiques. Il faut noter parmi les premières, les impulsions, les hallucinations, les délires du soupçon et de la persécution et aussi certaines conceptions délirantes qui paraissent insignifiantes, mais ont été liées à des tentatives antérieures de suicide.

La persistance d'une souffrance physique chez un suicidé est une contre-indication à sa mise en liberté. Le médecin doit en général se montrer sévère, si le malade doit trouver hors de l'asile des conditions d'existence incompatibles avec son repos et son bien-être.

Les antagonistes du suicide sont : l'attachement à la vie et la crainte de la mort ; la crainte physique de la mort, la peur d'une vie future ; le désir de rester dans le monde ; l'espérance en des jours plus heureux ; les affections familiales et autres ; le sens moral.

Au moment de livrer un aliéné suicidé non guéri à lui-même, il importe d'étudier avec soin ces deux côtés de son être moral et d'apprécier exactement les impulsions dangereuses et les états psychiques qui le sauvegardent contre ses incitations malades. L'affaiblissement des uns, le retour des autres, sont des conditions favorables à la mise en liberté.

La démence diminue l'action des moteurs, mais ne supprime pas l'éventualité du suicide. Un aliéné suicidé, dont les facultés sont affaiblies, conserve à l'état d'instinct ses tendances d'autrefois et elles sont d'autant plus dangereuses que les agents antagonistes ont aussi perdu leur activité. Cet affaiblissement des antagonistes est particulier à l'alcoolisme.

Tout alcoolique porté au suicide doit exciter la défiance, alors même qu'il est parvenu à une période avancée de la déchéance mentale.

Enfin, l'action salutaire des antagonistes est neutralisée par certaines souffrances physiques, parmi lesquelles se placent au premier rang la dyspepsie et l'insomnie.

V. — *Projet relatif à la construction et à l'organisation d'hôpitaux pour aliénés*; par le D^r Sanger Brown (New-York). — *Plans et description d'un hôpital séparé pour les maladies infectieuses*; par M. C. Macleod (numéro d'avril). — Le type d'hôpital imaginé par M. Sanger Brown convient principalement aux cas récents et curables. Ce médecin voudrait que l'asile admit deux catégories d'infirmiers : les uns, plus parfaits par l'éducation, auraient exclusivement la surveillance et le soin des aliénés ; aux autres, d'un rang inférieur, serait réservée la besogne matérielle. Son asile est construit sur cette donnée; il comporte des salles de réunion séparées entièrement des autres locaux, de sorte que les domestiques chargés du ménage n'ont aucun rapport avec les malades. Le système cellulaire est appliqué la nuit pour chaque aliéné. Chaque quartier se compose d'une série de cellules au rez-de-chaussée, séparées par de vastes corridors des salles de jour spacieuses et en nombre suffisant. Il y a trois divisions de malades : les convalescents, les aliénés ordinaires, les agités. Ces derniers occupent naturellement la partie la plus reculée de l'établissement. Enfin, l'auteur du projet condamne la salle à manger commune. Il veut que chaque quartier possède son réfectoire, à proximité de la cuisine, réuni par un passage couvert à la salle de jour. M. Sanger Brown joint un plan à son mémoire, et la première remarque que ce plan suggère est qu'il représente un type entièrement nouveau. Il échappe à la régularité, peut-être fâcheuse, qui s'est imposée jusqu'à ce jour aux constructions de ce genre, et, ne fût-ce qu'à ce point de vue, nous serions tentés d'y voir un progrès.

Le même numéro contient un projet d'infirmerie annexe pour le traitement des maladies infectieuses. Ce service est situé à 130 mètres de l'asile et contient quatorze lits, sept pour chaque sexe.

Autour de la vaste cour d'entrée sont les services généraux, les magasins, la cuisine, la buanderie, etc. A proximité de la buanderie est une étuve de désinfection.

On pénètre de la cour dans un vaste *hall* qui donne accès

de chaque côté, dans une infirmerie pour chaque sexe. Un vestibule avec logement de gardiens, un dortoir de cinq lits, deux chambres d'isolement et un pavillon de bains et de water-closets la composent. Ce pavillon est entièrement séparé du dortoir, et possède un système spécial d'éclairage et de ventilation.

L'établissement est construit en briques rouges et en murs creux; il est couvert en ardoises. Son prix de revient est 1,600 livres, ce qui met le lit à 114 livres environ.

VI. — *Deux cas de folie syphilitique succédant à l'alcoolisme et marqués par des symptômes paralytiques*; par le D^r Urquhart (numéro de janvier). — L'intérêt de ces observations réside dans la complexité de l'appareil symptomatique, qui est le produit des divers éléments dont est formé chaque cas clinique. Cette complexité même rend impossible la condensation de ce travail dans une analyse sommaire. Néanmoins nous croyons devoir reproduire ici, comme renseignement très instructif, un tableau dressé par l'auteur qui, ayant constaté de nombreux points de rapprochements entre ses deux malades, a eu l'heureuse pensée de mettre en regard les points principaux de leur histoire pathologique.

| | |
|--|--|
| Age: quarante-six ans. | Age: trente-quatre ans. |
| Pas d'hérédité nervosique. | Pas d'hérédité nervosique. |
| Vie dissipée, infection syphilitique datant de huit ans. | Vie dissipée, infection syphilitique datant de un an et demi. |
| Une fausse couche chez la femme. | Plusieurs fausses couches. |
| Attaque récente de <i>delirium tremens</i> . | Tremblement des mains. |
| Céphalée intense à forme récurrente. | Céphalalgie intense, continue; sensibilité du crâne à la percussion. |
| Pouls lent. | Pouls rapide. |
| Hémiplégie gauche transitoire. | Attaques épileptiformes. |
| Délire du soupçon. | Délire du soupçon. |
| Idéation ralentie. | Idéation ralentie. |
| Mémoire bonne. | Mémoire mauvaise. |
| Manie aiguë suivant les autres troubles nerveux. | Manie aiguë suivant les autres troubles nerveux. |

| | |
|--|--|
| Langage épais; dysphagie. | Langage épais; aphasie. |
| Parésie des membres inférieurs. | Parésie des membres. |
| Réflexes non observés. | Réflexe rotulien exagéré; trépidation épileptoïde. |
| Pupilles irrégulières, visions de flammes. | Pupilles régulières; congestion rétinienne. |
| Urines contenant des urates amorphes. | Polyurie, incontinence, albumine, hématurie, soif intense. |
| Guérison rapide des troubles mentaux. | Guérison rapide des troubles mentaux. |
| Disparition graduelle de la paralysie. | Disparition graduelle de la paralysie. |

VII. — *Tabes ataxo-spasmodique (paraplégie ataxique) survenue dans un cas de démence primitive*; par le D^r R.-S. Stewart (numéro d'avril). — Cette affection a été étudiée par Ross, Bramwell, Erb, Gowers; en France, par M. Grasset, qui lui a donné le nom de tabes combiné (*Archives de neurologie*). Elle peut être regardée comme une myélite à la fois diffuse et systématique, envahissant simultanément les cordons postérieurs (lésion systématique) et latéraux (lésion diffuse). Sa symptomatologie est complexe et correspond à ces deux localisations. Il nous suffira de donner ici le sommaire, très bien écrit par l'auteur, de la longue observation qu'il a publiée pour que le lecteur ait une idée complète de ce cas de clinique.

Père alcoolique. L'affection débute par l'embarras de la parole et l'affaiblissement mental; démarche ataxique, absence du réflexe rotulien, conservation du réflexe plantaire; anesthésie partielle; absence de douleurs fulgurantes; progrès du trouble moteur. Rigidité des jambes, tremblement fibrillaire, émaciation, atrophie musculaire, escharres, diarrhée, perte graduelle du sentiment. Amélioration temporaire. Aberrations du goût et de l'odorat, hallucinations de l'ouïe. Nouvelle perte de connaissance. Coma; mort après seize mois de maladie. Dégénération et atrophie des cellules de l'écorce cérébrale et de la moelle, sclérose primitive des cordons latéraux et postérieurs.

Chez ce malade, l'embarras de la parole et le tremblement de la langue auraient pu faire croire à l'existence de la paralysie générale; mais notre confrère a rejeté ce diagnostic parce

qu'il n'a jamais observé cette forme d'exaltation mentale qui caractérise la paralysie générale au premier degré. D'un autre côté, la forme et surtout la localisation des divers troubles nerveux ont permis de reconnaître cette maladie, peu étudiée jusqu'ici, qu'on a désignée sous le nom de myélite combinée. Ces troubles se rangent sous deux catégories bien distinctes : aux cordons latéraux se rapportent les symptômes musculaires, aux cordons postérieurs les altérations sensorielles. M. Stewart admet, avec M. Grasset, que la suppression du réflexe du genou est la règle dans cette variété de tabes.

VIII. — *Cas de fièvre typhoïde chez des aliénés*; par le Dr Percy Smith (numéro d'avril). — Six observations sont publiées par M. le médecin adjoint de Bedlam. Le premier cas est un cas isolé qui s'est produit pendant l'été de 1885; les cinq autres ont fait leur apparition après plus d'un an, au cours de l'automne 1886. On attribue leur éclosion à la contamination d'une fosse par les évacuations du premier malade. Cette hypothèse, fort discutable, a été admise malgré le temps écoulé. L'épidémie a fourni l'occasion d'une désinfection rigoureuse des égouts de l'hôpital, et les mesures prises l'ont fait disparaître.

C'est sur le service des femmes qu'elle a sévi, et l'influence de la fièvre sur la maladie mentale a été, comme toujours, très variable. Trois malades ont guéri. Les deux premières étaient des maniaques et, circonstance à noter, des récidivistes de la folie. Elles ont vu leur agitation s'amender avec l'invasion de la fièvre typhoïde. La troisième était convalescente d'un accès de manie aiguë, et le retour à la raison n'a pas été entravé par la complication fébrile. Cette malade avait eu déjà, quelques années auparavant, un accès de délire coïncidant avec une fièvre scarlatine.

Les trois aliénées non guéries ont donné lieu à quelques observations intéressantes. L'une, qui était sous le coup d'une agitation maniaque intense, s'est calmée suffisamment pour pouvoir être traitée de sa fièvre, et l'on a pu voir le délire tranquille de la pyrexie se substituer à l'agitation violente de la manie, qui du reste a repris de plus belle après le rétablissement de l'aliénée. La seconde malade, une mélancolique, a présenté une rémission notable de son état délirant pendant tout le temps qu'elle a été alitée. Enfin la troisième, atteinte de lypémanie anxieuse, n'a éprouvé aucune modification dans son trouble mental.

IX. — *Loi sur les idiots* (numéro d'avril). — Il nous faut mentionner en terminant la promulgation récente (1886) de la nouvelle loi sur les idiots. Le parlement vient de l'adopter pendant la dernière législature. Jusqu'à ce jour, les hôpitaux d'idiots ou imbéciles ont été soumis au régime légal des aliénés et l'admission de ces malades intéressants était entravée par des formalités regrettables. Le comité central de l'asile de Royal Albert a pris l'initiative d'une protestation qui s'est accentuée dans des « meetings » ultérieurs, et le résultat de ces tentatives a été l'élaboration par le lord Chancelier d'une loi spéciale dont voici les principales dispositions.

Elle ordonne l'enregistrement de tout hôpital ou maison autorisée, exclusivement affectée au soin des imbéciles. Un seul certificat médical est exigé (au lieu de deux, comme pour les aliénés). Ce document doit constater que le malade, enfant ou adulte, est un idiot ou qu'il est imbécile de naissance, depuis son enfance, ou d'une époque plus avancée, et qu'il doit retirer quelque profit de son traitement à l'hôpital. Au certificat doit être jointe une déclaration d'un parent du malade ou de la personne qui a le soin de ses intérêts. Les comités sont chargés de l'organisation de pensions de retraites pour les officiers et les employés des institutions d'idiots. Enfin, toutes les mesures restrictives de la loi sur les aliénés sont supprimées.

D^r J. PONS.

JOURNAUX ALLEMANDS

Irrenfreund.

ANNÉE 1888.

I. — *Des particularités physiques ou mentales qu'on observe chez les criminels*; par M. le D^r Hölder (nos 1 et 2). — En observant les populations des asiles d'aliénés et celles des maisons de détention, on est frappé de trouver chez ces deux catégories d'individus, les mêmes signes de dégénérescence et les mêmes particularités de physionomie : le fait est frappant surtout en ce qui concerne les sujets atteints d'imbécillité, de folie morale, d'alcoolisme chronique, d'épilepsie et de délire des persécutions. Conclure de là que les criminels sont des aliénés, des irresponsables, serait une grave erreur : ils sont aux aliénés

ce qu'un individu atteint d'un défaut d'accommodation est à celui dont la vue est affaiblie ou complètement éteinte. Il ne s'agit là que de troubles physiques qui s'observent également, avec une fréquence moindre, il est vrai, chez des individus dont les facultés intellectuelles et morales sont intactes, et l'on ne saurait, d'après le système spirituellement fantaisiste de Gall et de ses disciples, conclure de telle ou telle difformité du crâne, à telle ou telle lésion de l'intelligence. Si les signes de dégénérescence physique prouvent qu'il y a disposition à une dégénérescence mentale, il n'en est pas moins vrai que celle-ci ne suit pas toujours la première, et l'on ne saurait considérer comme voué fatalement au crime tout porteur de signes de dégénérescence, et encore moins faire valoir ces signes contre un accusé comme une présomption de culpabilité, ainsi que le prétendent certains adeptes enthousiastes de la science anthropologique en Italie.

C'est à la tête et aux parties sexuelles que s'observent surtout les signes de dégénérescence; ils résultent le plus souvent de la suture prématurée des fontanelles. Selon que la déformation qui en résulte se fait dans le sens de tel ou tel diamètre de la tête, on a ainsi les différents types de l'acrocéphalie, de l'oxycéphalie, de la tyrsocéphalie, ou encore de la scaphocéphalie, de la plagiocéphalie, etc. — L'auteur fait remarquer que certains cas légers d'asymétrie faciale se produisent sans qu'il y ait vice de suture des fontanelles, et sont imputables à la prédominance fonctionnelle d'une moitié du corps, généralement de la moitié droite; ces cas d'asymétrie ne doivent pas être considérés comme signe de dégénérescence: il en est de même de certaines déformations qui résultent de la manière particulière de coiffer les enfants dans le sud et l'est de la France. Ces déformations avaient déjà été signalées par Hippocrate sur les bords de la mer Noire et s'observent encore dans certaines parties de l'Asie.

Les signes de dégénérescence du crâne et de la face entraînent des particularités de la physionomie; mais à ce point de vue il ne faut pas oublier qu'entre la physionomie où règne une parfaite harmonie des traits, celle où la passion imprime des stigmates passagers et celle où le crime a définitivement imprimé son cachet, il y a des degrés à l'infini: sans compter que certains criminels ont un grand talent pour changer l'expression de leur physionomie, et qu'ils en profitent quand la police prend leur photographie.

Aussi, d'après sa propre expérience et d'après l'examen de

1,022 photographies de criminels, l'auteur a pu se rendre compte que parmi ceux-ci, s'il y en a qui ont une expression absolument repoussante, chez d'autres rien ne trahit leur dégradation morale. Un certain nombre, ajoute l'auteur, auraient certainement frappé les médecins d'asiles d'aliénés par leur ressemblance avec les types qu'on observe dans les asiles ; ce qui prouve que pour conclure de la difformité physique à celle de l'esprit, il faut y aller avec une extrême réserve.

Les directeurs et les médecins des asiles pénitentiaires ont depuis longtemps divisé les criminels en criminels par occasion et criminels par habitude, en se basant sur leur habitus extérieur et leur manière d'être.

Les criminels par occasion sont généralement des individus exempts de signes de dégénérescence, qui ont été entraînés aux délits et aux crimes par légèreté, passion, faiblesse d'esprit, abus alcooliques. Cette dernière cause, d'après Baer, aurait sa charge 50 p. 100 des crimes commis. Dans cette catégorie, $\frac{3}{4}$ des attentats sont contre les personnes, $\frac{1}{4}$ contre la propriété. Pour les criminels par habitude, la proportion est inverse. Les détenus de cette catégorie sont généralement susceptibles de s'amender. Parmi les criminels par habitude, l'auteur admet deux subdivisions. Dans la première rentrent ceux qui, sans signes de dégénérescence physique ou morale bien accentués, arrivent, sous l'influence de mauvaises fréquentations, de débauches, à ne plus voir rien d'horrible dans le crime qu'ils considèrent comme une vocation ou une vengeance. Ils vont de crime en crime, et leur dégénérescence physique et morale, quoique légère, imprègne peu à peu leur organisme au point qu'elle s'accroît chez leurs descendants qui, eux, prendront place dans la deuxième subdivision, dans laquelle l'auteur comprend les criminels chez lesquels les signes de dégénérescence sont très communs. Ces criminels sont grossiers en prison, ils déchirent leurs vêtements, cassent les meubles, ourdissent des complots, et offrent avec le fou moral plus d'un point de ressemblance, au point qu'on pourrait être tenté de regarder leur état comme le premier degré de la folie morale. Mais, ajoute l'auteur, se baser sur ces analogies et sur le fait de l'augmentation parallèle du nombre des cas de folie et de criminalité pour soutenir que ces criminels sont des aliénés, serait étendre le territoire de la folie au delà de ses frontières naturelles, dans le domaine de la morale, et méconnaître que si le développement de la folie et de la criminalité ont comme facteur commun l'aug-

mentation de la population ou plutôt de la densité de la population, les autres conditions de leur développement sont aussi différents que les mobiles qui font agir les fous et les criminels : au point de vue du droit pénal, on ne saurait confondre ces deux états. Le fou agit sous l'influence d'un état morbide, hallucination, délire, qui détruit son libre arbitre ; le criminel par habitude n'est troublé par aucun phénomène morbide : il connaît les conséquences de son acte, il sait que l'acte est défendu, mais il juge inopportun de se soumettre à la loi. Si l'occasion est défavorable, il remet son crime à une autre époque ; s'il se montre habituellement cruel, il sait ne pas l'être quand il ne se sent pas le plus fort, etc.

Les conclusions pratiques que l'auteur formule sont celles-ci : Pour diminuer la criminalité, il faut veiller à donner une bonne éducation morale, et combattre par tous les moyens les abus toujours croissants des boissons alcooliques. Quant aux récidivistes, il faut les soumettre au régime de la réclusion cellulaire. L'auteur estime que par ce moyen on empêcherait la contagion du crime et obtiendrait une diminution de la criminalité.

Enfin, dans une dernière partie de son travail, l'auteur analyse et critique l'« *Uomo delinquente* » de Lombroso. L'analyse de cette partie du travail ferait double emploi avec le compte rendu fait, dans les *Annales médico-psychologiques*, par le D^r Marandon de Montyel.

II. — *Remarques d'un Hollandais au sujet de la répulsion des savants allemands pour la thérapeutique suggestive*; par M. le D^r Fr... (n° 1). — Pendant que, comme le constate le D^r Eeden, la méthode suggestive fait son apparition dans tous les pays, et que des médecins venus d'Italie, de Suisse, de Russie, d'Autriche, d'Angleterre et d'Amérique à Nancy, y observent la nouvelle méthode pour la faire connaître dans leur pays, il y a un peuple dont les médecins s'opposent avec obstination à l'usage de l'hypnotisme dans la pratique médicale. Quand on saura que c'est la France qui est à la tête du mouvement, on devinera aisément que c'est l'Allemagne qui a refusé de le suivre, et cela par un amour-propre national, dont les savants, qui sont après tout des hommes, n'ont pas su s'affranchir. Les médecins allemands qui cependant comptent parmi leurs compatriotes Goethe, Kant, Jean Muller, von Feuchtersleben et Schopenhauer, sentant leur supériorité sur le terrain de la chimie, de la physique, de l'anatomie, de la bactériologie, de la vivisection, de la chirurgie, ne sont pas disposés à se laisser détourner de ce genre

de travaux par qui que ce soit et surtout par les Français. Ils traitent les études hypnotiques de « fanfaronnade française » et passent outre. Il en résulte que les Français disent qu'on ne saurait, avec la « lourdeur germanique », se livrer à des études pour lesquelles il est besoin de beaucoup de tact, de finesse et de sensibilité d'observation.

Un médecin de Berlin, le Dr Moll, qui avait étudié à Nancy la thérapeutique suggestive, a voulu la défendre à Berlin : deux professeurs de renom l'ont rebuté d'une manière peudigne d'eux.

« En Hollande, le mouvement des sciences médicales venant surtout d'Allemagne s'est ressenti de l'aversion qu'on a dans ce pays pour la thérapeutique suggestive, et le professeur Ewald proteste contre la dénomination de traitement médical qu'on donne à la suggestion hypnotique. Il estime que l'art médical n'a rien de commun avec la suggestion, attendu que le premier venu peut suggérer. Ewald fait là une confusion ; suggérer à tort et à travers, tout le monde le peut, c'est certain, de même que tout le monde peut faire du massage, et cependant le massage a été par Metzger érigé en une science que tout médecin doit étudier. Il doit en être de même de la thérapeutique suggestive qui, employée sans discernement, offre des dangers, et doit rester dans le domaine du médecin. Le professeur Ewald n'ignore pas que la chirurgie aussi était autrefois l'apanage des barbiers et des charlatans, et que si on avait demandé à un médecin du temps de Boërhave de faire une opération, il aurait mis le client à la porte avec le même air de dignité officielle avec lequel le professeur berlinois marque son dédain pour la méthode suggestive. »

L'auteur, qui rapporte les observations ci-dessus d'un confrère hollandais, estime que du moment que des hommes comme Rieger, Forl, Mendel, Krafft-Ebing, Obersteiner, etc., ont soumis à un examen sérieux la méthode suggestive, et en ont plus ou moins reconnu les effets dans la thérapeutique mentale, on doit attribuer l'aversion de la science allemande pour l'hypnotisme et la suggestion plutôt à une défiance justifiée de l'exagération, qu'à l'amour-propre national et au parti pris de rejeter ce qui vient de France. Il ajoute que les Allemands seraient mieux fondés à faire aux Français le reproche de porter sur le terrain scientifique leurs sentiments politiques, quand ceux-ci traitent dédaigneusement la médecine allemande de retardataire, et il termine en ajoutant qu'il est juste de faire

une exception en faveur de deux éminents aliénistes, les professeurs Ball et A. Voisin.

III. — *Étude des phénomènes hypnotiques sur une hystérique* (n° 3, 4, 5 et 6). — Dans ce travail sont exposées des expériences faites par le professeur Krafft Ebing, sur une femme hystérique. A peu près tous les phénomènes suggestifs obtenus par les médecins français ont été constatés. La paralysie, les changements de personnalité, la vésication, l'exécution d'actes délictueux ou criminels pendant le sommeil hypnotique ou après le réveil, ont été successivement suggérées avec succès. Les expériences sur l'action des médicaments à distance n'ont réussi que pour le thym qui a provoqué une accélération du pouls, de 90 à 120, de la rougeur et de la turgescence de la face, de la proéminence du globe oculaire gauche et une augmentation de la circonférence du cou qui de 30 a passé à 34 centimètres.

IV. — *L'élément pathologique de l'intempérance*; par M. le D^r Tuczek (n° 5 et 6). — Considérer tous les individus qui s'adonnent à des excès alcooliques comme des malades, ou au contraire, voir en eux tous des hommes vicieux et débauchés, serait également injuste et regrettable. Il importe de faire la distinction entre ceux dont les troubles physiques et mentaux sont l'effet d'abus habituels de boissons alcooliques, et ceux chez lesquels les excès de boisson sont un symptôme, un effet d'une maladie du système nerveux. Les premiers sont ivrognes avant d'être aliénés, les seconds sont aliénés avant d'être ivrognes.

L'alcoolisme, outre les lésions physiques qu'il détermine, atteint également les facultés intellectuelles et morales de l'individu, il lui fait oublier ses devoirs envers la société, envers la famille, envers lui-même, et occupe un des premiers rangs parmi les causes de la criminalité; mais il détermine aussi l'aliénation mentale confirmée.

Le *delirium tremens* est la conséquence d'excès alcooliques habituels; mais l'auteur estime qu'il se déclare surtout quand, pour une raison ou une autre, l'ivrogne est privé d'alcool pendant quelques jours; le même phénomène s'observe pour les morphinomanes.

Quant aux autres formes de trouble mental, elles sont aussi variées que l'influence de l'ébriété sur le caractère des différents individus. L'ivresse rend en effet tel individu gai, expansif, loquace et même spirituel, il y a là le germe de tous les éléments de la forme maniaque de la folie alcoolique. D'autres

ont le « vin triste », l'ivresse les déprime, ils fournissent le contingent de la forme mélancolique qui peut les mener au suicide. D'autres, enfin, deviennent, sous l'influence de l'ébriété, soupçonneux, susceptibles, ils voient des allusions désobligeantes dans tout ce qui se dit ou se fait autour d'eux ; ce sont les candidats au délire des persécutions des alcooliques, forme d'aliénation mentale presque incurable. Enfin, le type de la folie paralytique, d'origine alcoolique, se trouve réalisé par l'espèce de révolution, de paralysie physique et mentale à laquelle aboutit l'ébriété.

Parmi les aliénés chez lesquels l'intempérance, au lieu d'être la cause de la folie, n'en est qu'un symptôme, il y a ceux qui sont poussés à boire par une impulsion morbide et ceux qui, par suite d'une disposition morbide, se trouvent en état d'ivresse pathologique après l'absorption de quantités insignifiantes d'alcool.

La première catégorie comprend les maniaques qui, au début de leur affection, en raison de leur gaieté et leur expansivité pathologiques, sont exposés à des excès de tout genre et qui étonnent et indignent leur entourage jusqu'à ce que la vraie cause de ces changements s'affirme. Il en est de même pour le paralytique au début. Le mélancolique cherche aussi quelquefois à dissiper par l'ivresse les idées tristes dont il est assailli. On observe également des vieillards, chez lesquels la démence sénile est imminente, se livrer à des excès de boisson et à des débauches qui doivent être mis sur le compte de la maladie. Il y a surtout, dans cette catégorie, le dipsomane. La dipsomanie, dit l'auteur, a survécu à la théorie des monomanies ; elle est, dit-il, une mélancolie périodique qui débute par de l'anxiété, de la dépression, de l'incapacité pour le travail intellectuel ou physique, du dégoût de la vie, et entraîne d'une manière irrésistible à l'abus des boissons alcooliques poussé à sa dernière limite.

Les accès de dipsomanie reviennent après quelques semaines ou quelques mois. L'hérédité, toutes les causes débilitantes, les époques critiques de la vie, prédisposent à cette forme de folie. Tandis que l'ivrogne s'enivre chaque fois qu'il en trouve l'occasion, le dipsomane ne boit avec excès que lorsque son accès revient, aussi n'est-il pas, comme l'ivrogne, exposé à l'alcoolisme chronique et au *delirium tremens*. L'auteur estime que le dipsomane n'a de chance de salut que dans la privation absolue de boissons alcooliques, condition qu'il ne peut réaliser

qu'en se soumettant à un traitement dans un établissement spécial.

Il y a enfin une infirmité cérébrale qui est généralement liée à l'hérédité, et qui expose ceux qui en sont atteints à être pris d'un véritable accès de folie chaque fois qu'ils ingèrent la plus petite quantité d'alcool. Ces malades peuvent, dans cet état, commettre des actes délictueux ou criminels dont ils ne gardent aucun souvenir. L'auteur fait remarquer à ce sujet que les aliénés en général, mais surtout les épileptiques et les idiots, supportent très mal l'alcool.

Dans la pratique, ajoute l'orateur, les deux groupes qu'il vient de décrire ne sont pas absolument distincts; ils se touchent, et sur leurs frontières communes, nous trouvons tous ceux qu'une infériorité innée ou acquise du système nerveux, les ébranlements de la lutte pour l'existence, les périodes critiques de la vie, prédisposent aux excès alcooliques. Le danger est grand, surtout pour ceux dont l'intelligence a été surmenée et qui sont arrivés prématurément à des positions qui leur imposent des responsabilités auxquelles ils n'étaient pas préparés. Dans tous ces cas, l'éducation et l'exemple auront une influence décisive sur la conduite.

Considérant la question de l'alcoolisme au point de vue médical, l'auteur propose comme remède les moyens suivants :

1° Celui qui est ivrogne pour des raisons d'ordre social ne peut trouver de soulagement que par des mesures du même ordre, tendant à améliorer son alimentation, à développer son goût pour la vie de famille, à lui assurer une bonne hygiène.

2° Les ivrognes, qui compromettent les intérêts de leur famille et de l'État, devront être interdits et séquestrés dans des asiles créés *ad hoc*, où seraient traitées les manifestations de l'alcoolisme chronique. Les alcooliques en état de *delirium tremens*, pourraient sous certaines conditions spéciales être reçus dans les hôpitaux.

3° Les individus atteints des différentes formes de folie alcoolique, ainsi que les aliénés que leur affection mentale entraîne à des excès alcooliques, auraient, pour la généralité des cas, leur place marquée dans les asiles d'aliénés.

D^r AL. ADAM.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur les maladies mentales; par M. Baillarger, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de la Salpêtrière. 2 volumes in-8°. Paris, G. Masson, éditeur. 1890.

Tous les lecteurs des *Annales médico-psychologiques* connaissent les études et les découvertes de M. Baillarger. Mais les travaux de notre savant et vénéré maître sont, en grande partie, restés épars dans les publications périodiques, principalement dans les *Annales médico-psychologiques* et, pour les retrouver, il fallait forcément rechercher dans les collections souvent anciennes de journaux scientifiques. A ce seul point de vue l'on doit se féliciter de la détermination qu'a prise M. Baillarger de réunir en volumes ses principaux travaux.

Mais la publication de M. Baillarger a un bien autre avantage. Ce n'est, en effet, qu'en lisant successivement les articles et les mémoires contenus dans les *Recherches sur les maladies mentales* qu'on se rend compte de la valeur de l'œuvre de notre maître.

On voit que M. Baillarger a dirigé ses études sur tous les sujets qui se rattachent à la psychiatrie : anatomie et physiologie du cerveau, psychologie, descriptions cliniques, thérapeutique, médecine légale des aliénés ; qu'en la plupart de ces sujets il a doté la science de découvertes importantes ; que ses moindres études fourmillent de données nouvelles ; qu'enfin, aucune ligne de lui n'est banale et que partout on rencontre des aperçus originaux.

Dans toutes les parties de son œuvre, on retrouve, comme qualité maîtresse, l'observation rigoureuse, sagace et indépendante, qui ne subit l'influence d'aucune donnée métaphysique, d'aucune doctrine scientifique à la mode. Les déductions découlent méthodiquement des faits. Les généralisations prématurées sont toujours évitées.

Et c'est pourquoi les travaux de M. Baillarger, comme ceux des autres grands cliniciens, subsisteront toujours, quel que soit le courant auquel obéisse la science dans l'avenir. Ils

expriment la vérité; ce sont de vrais matériaux, des acquisitions non hypothétiques. Les doctrines médicales futures pourront peut-être s'étayer sur eux, mais jamais ils n'en diminueront l'importance.

Voici, en quelques mots, un aperçu des principaux mémoires, des principales études contenues dans les *Recherches sur les maladies mentales*.

Le premier volume renferme ce qui a trait à l'anatomie du cerveau, aux hallucinations, aux vésanies; le second, ce qui se rapporte à la paralysie générale et au crétinisme.

Dans le premier volume, on trouve d'abord des *recherches sur l'anatomie du cerveau*. — Ces recherches datent de 1840. L'auteur les a entreprises sans le secours du microscope et alors que les méthodes de technique histologique, perfectionnées aujourd'hui, n'étaient pas connues. Il faisait des coupes aussi minces que possible sur des cerveaux frais et il les examinait ensuite entre deux lames de verre.

Eh bien, par ce procédé rudimentaire d'investigation, il est arrivé à des résultats surprenants, contrôlés depuis au moyen du microscope, des coupes durcies, des colorations par l'acide osmique, l'hématoxyline. Il a vu que la substance grise corticale n'était pas seulement juxtaposée à la substance blanche, mais qu'elle lui était unie par des fibres; que les couches blanches qui existent dans l'épaisseur de la couche corticale étaient formées par le renflement des fibres venues de la substance blanche et aussi par des fibres transversales particulières; que la couche corticale grise était déjà reconnaissable sur le fœtus, etc.

Ces découvertes furent appréciées comme elles le méritaient, et il est peut-être à propos de rappeler ici que M. Baillarger appartient à la section d'anatomie de l'Académie de médecine.

C'est dans ce premier volume que se trouvent les différents travaux sur les *hallucinations*, travaux si remarquables, demeurés classiques et qui constituent une partie importante de l'œuvre de l'auteur.

D'abord, le mémoire lu à l'Académie de médecine en 1842, sur les hallucinations qui surviennent dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, hallucinations hypnagogiques, quant à leur influence sur les fausses perceptions en général et sur la marche du délire chez les aliénés et chez les prédisposés à la folie. — Cette question n'avait pas encore été traitée et M. Baillarger fit voir, par des observations nombreuses, que ces hallucinations hypnagogiques duraient parfois pendant

plusieurs heures et qu'elles pouvaient causer de véritables accès de folie transitoire.

Le grand travail d'ensemble sur les hallucinations comprend toute la quatrième partie du volume. Il est inutile d'en énoncer même les différents chapitres : les descriptions des hallucinations de l'ouïe, de la vue, du toucher, etc. ; la théorie psycho-sensorielle, les hallucinations psychiques, etc... Ces études, nous l'avons dit, sont restées classiques. Nous voudrions seulement faire ressortir que les découvertes récentes en physiologie cérébrale n'ont rien d'incompatible avec la théorie psycho-sensorielle de M. Baillarger.

La découverte des centres corticaux a donné lieu à diverses théories des hallucinations. Dans toutes ces théories, les centres corticaux sont le siège de l'hallucination, qu'ils soient excités spontanément ou consécutivement. Or, M. Baillarger a écrit : « Le point de départ de l'hallucination est et ne peut être que dans l'intelligence. » Et ailleurs : « Il y a, dans l'hallucination, excitation interne des appareils sensoriels. »

Nous devons signaler maintenant les études sur la *stupeur*. La stupeur était considérée comme la suspension plus ou moins complète de l'intelligence. On croyait que, chez les stupides, les facultés intellectuelles étaient affaiblies ou même entièrement suspendues et que les impressions n'étaient plus perçues distinctement. Dès 1843, M. Baillarger fit voir que les aliénés, pendant la stupeur, sont en proie à un délire intérieur de nature triste, accompagné d'hallucinations nombreuses ; leur état a beaucoup d'analogie avec l'état de rêve. La stupidité n'est donc que le plus haut degré de la mélancolie, la *mélancolie avec stupeur*.

À côté de ce mémoire sur la stupeur, il convient de citer celui sur la *Folie à double forme*, parce que c'est également M. Baillarger qui, le premier, a décrit la folie à double forme comme entité psychopathique. — Depuis, l'on a beaucoup augmenté la liste des observations de cette maladie, on a trouvé quelques détails nouveaux, mais l'on n'a rien ajouté d'important à la description magistrale faite en premier lieu par l'auteur.

Toujours parmi les acquisitions cliniques inédites, nous trouvons l'article intitulé : *Quelques exemples de folie communiquée*. — En 1860, M. Baillarger publia dans la *Gazette des hôpitaux* un mémoire renfermant quatre cas de folie communiquée. Il faisait observer qu'un des sujets, une femme mariée délirant depuis longtemps, mais douée d'une intelligence supérieure à

celle de son mari, avait fini par troubler la raison de ce dernier en lui imposant, pour ainsi dire, son propre délire. Chose bizarre, elle était arrivée à le faire admettre à Bicêtre alors qu'elle-même resta en liberté. Il y a certainement en germe, dans cette observation, tout ce qui a été dit depuis sur la folie communiquée.

Cependant le mémoire de M. Baillarger tomba dans l'oubli et, dans aucun traité de médecine mentale, on n'en faisait mention. On faisait remonter l'histoire de la folie communiquée à une date postérieure à 1860. C'est un médecin allemand, le Dr Lehmann, qui, récemment, a cité le travail de M. Baillarger en le mentionnant comme le premier qui ait été publié sur la folie communiquée.

Nous ne pouvons énumérer, malgré leur valeur et leur importance, tous les articles qui ont trait aux vésanies, signalons seulement :

Plusieurs travaux statistiques sur l'hérédité de la folie. — Les conclusions sont déduites de l'étude de six cents observations seulement et l'auteur fait remarquer qu'on ne peut, par conséquent, les considérer comme définitives. On lit cependant des données qui, croyons-nous, ont été contrôlées nombre de fois depuis, celle-ci par exemple : La folie de la mère est plus grave que celle du père, et plus grave surtout pour les filles que pour les garçons.

Un essai de classification des différents genres de folie. — On peut rapprocher de cet article une lettre adressée à Renaudin en 1846, dans laquelle l'auteur constate que les recherches statistiques sont souvent entreprises d'après des idées différentes et qu'elles deviennent ainsi difficilement comparables entre elles. Le remède consisterait à s'entendre pour adopter une classification toujours la même. Il faudrait aussi constituer une association de médecins travaillant en commun à la solution de questions discutées à l'avance.

Plusieurs études sur le délire aigu, lequel ne constitue pas une maladie spéciale, mais qui est plutôt une sorte de manie suraiguë. Le délire aigu qu'on observe au début de la paralysie générale, lui, a des lésions cérébrales caractéristiques.

Un mémoire sur la folie à la suite des fièvres intermittentes. — Nous ne pouvons passer sous silence, parmi les travaux de thérapeutique, l'important mémoire sur l'*alimentation forcée des aliénés*. On y trouve la description d'une nouvelle sonde œsophagienne pour nourrir les malades.

Comme exemple d'analyse clinique claire et concise, nous indiquerons les quelques pages intitulées : *De la démence incohérente et de la démence simple*. — Il y a une démence simple, constituée par l'affaiblissement irréparable des facultés intellectuelles et une démence constituée par l'incohérence. Dans cette dernière, l'incohérence est le résultat d'une suite de digressions qui font oublier l'idée première. L'auteur le démontre par quelques observations concluantes.

Ce petit mémoire, pour nous servir d'un qualificatif nouveau, est foncièrement *suggestif*, il peut servir de point de départ à bien des études cliniques sur la démence.

Enfin, tous les chapitres de ce premier volume devraient être signalés, mais nous sommes obligés de nous borner et nous passons au second volume entièrement consacré à la paralysie générale et au crétinisme.

La *paralysie générale* a toujours été l'objet des études et des méditations de M. Baillarger qui a contribué, pour une grande part, à édifier l'histoire de cette affection telle qu'elle existe aujourd'hui.

Esquirol et Bayle ont découvert la paralysie générale. Depuis, un nombre considérable de matériaux nouveaux ont été ajoutés à ceux recueillis par ces deux médecins. Il s'en faut cependant que tout soit dit et il est même évident, pour tout observateur exempt d'idées préconçues, que plus on avance dans l'étude de la péri-encéphalite diffuse, plus les horizons s'élargissent et plus on voit que les recherches à faire sont nombreuses.

Il ne faut pas étudier exclusivement la paralysie générale dans les asiles d'aliénés, il faut aussi l'étudier dans les hôpitaux ordinaires et dans les familles. C'est justement parce qu'on s'en tient trop à la clinique de l'asile d'aliénés, que l'on méconnaît peut-être la nature véritable de la paralysie générale, ou tout au moins que l'on n'envisage peut-être pas cette maladie à son véritable point de vue. — C'est ce que M. Baillarger s'est efforcé de faire comprendre. On peut même dire que c'est là son objectif principal depuis de nombreuses années.

Nous reviendrons sur cette portée de l'œuvre de l'auteur, signalons seulement ici les principaux travaux de M. Baillarger contributifs à la paralysie générale, travaux cliniques et anatomiques et nullement spéculatifs :

Un mémoire des plus importants, sinon le plus important au point de vue clinique, quoiqu'il ne remplisse que quelques pages, intitulé : *Du délire hypochondriaque considéré comme symptôme*

et comme signe précurseur de la paralysie générale. Il a été publié en 1860. — Bayle, qui a isolé la paralysie générale comme entité spéciale, a établi aussi le rapport qui existe entre cette entité et le délire de grandeur. M. Baillarger a observé un autre délire, un délire *sui generis*, à forme hypocondriaque, qui a, avec la paralysie générale, les mêmes rapports que le délire de grandeur a avec cette affection.

Laissant de côté toute considération théorique, il est certain que si le délire hypocondriaque est moins fréquent que le délire orgueilleux dans la paralysie générale, il est cependant aussi caractéristique que lui, quand il existe. Le médecin, en présence d'un malade en proie à ce délire hypocondriaque *sui generis*, cherche de suite s'il existe des signes physiques de paralysie générale. L'importance clinique de ces deux délires est la même. M. Baillarger a donc établi, dans ce court mémoire, une de ces données cliniques dont nous parlions plus haut, qu'aucune théorie médicale ne pourra jamais diminuer.

De 1850, un autre mémoire : *De l'inégalité des pupilles comme symptôme et comme signe précurseur de la paralysie générale*, peut être placé à côté du précédent. C'est d'une part la découverte d'un des signes physiques de la paralysie générale, d'autre part c'était celle d'un des signes psychiques.

Il y a, dans ce mémoire, un passage sur lequel nous devons appeler l'attention. — Il s'agit de deux malades atteints de délire maniaque avec idées de grandeur et inégalité pupillaire. A ce propos, M. Baillarger écrit : « Voici deux malades qui, sans être atteints de paralysie générale, mais dont le délire ressemblait à celui de la paralysie générale, ont offert l'inégalité des pupilles. La coexistence du délire des grandeurs et de l'inégalité des pupilles constitue un fait clinique très intéressant et qui peut servir à démontrer que la folie ambitieuse a quelque chose de spécial, puisque cette coïncidence ne se rencontre pas dans les autres espèces de folie. » — C'est là une de ces considérations importantes qui ont conduit l'auteur à ne pas regarder la paralysie générale comme étant essentiellement constituée par le délire soit ambitieux, soit hypocondriaque, uni à la démence paralytique.

Plus loin, nous avons le travail sur *l'ataxie locomotrice dans ses rapports avec la paralysie générale*, et le travail sur *la paralysie générale dans ses rapports avec la pellagre*. — On voit dans le premier de ces mémoires que l'auteur avait, dès son internat à Charenton, noté des faits de paralysie générale

survenue chez des malades atteints d'ataxie locomotrice.

Voici maintenant quelques études d'anatomie pathologique du cerveau et de ses enveloppes. Les lésions décrites se rencontrent les unes exclusivement dans la paralysie générale, les autres dans cette affection et dans d'autres maladies du système nerveux central. Nous les citons seulement :

Une étude sur les hématomas de la dure-mère intitulée : *Du siège de quelques hémorragies méningées.* — Un mémoire sur une altération du cerveau caractérisée par la séparation de la substance grise et de la substance blanche des circonvolutions dans la paralysie générale. Il est relativement récent, il date de 1882. — *Du poids comparé du cerveau et du cervelet dans la démence paralytique. De la coloration ardoisée du cerveau dans la paralysie générale.* L'auteur reconnaît que cette coloration est due à la méningite spéciale provoquée par des escarres du sacrum.

Nous arrivons à la théorie de la paralysie générale à laquelle M. Baillarger attache, ou le sait, une si juste importance.

Il est difficile d'analyser succinctement cette partie de l'ouvrage. Il faut la lire avec soin et méditer ensuite sur cette lecture en faisant appel à ses souvenirs personnels. Il s'agit, en effet, de la négation d'une doctrine répandue et que beaucoup d'aliénistes regardent comme définitivement établie. Il faut faire table rase de toute opinion préconçue et suivre M. Baillarger dans son exposition claire et méthodique.

Tout d'abord, l'auteur donne un rapide historique de la paralysie générale observée pour la première fois par Esquirol et isolée ensuite comme entité spéciale par Bayle, lequel considéra le délire orgueilleux, le délire des grandeurs, comme un élément consécutif de la maladie.

C'est contre cette façon de voir qui s'est généralisée, que s'élève M. Baillarger. Le savant aliéniste démontre d'une façon irréfutable, selon nous du moins, que le délire spécial de la paralysie générale, délire orgueilleux ou délire hypocondriaque, ne fait pas partie intégrante de la péri-encéphalite diffuse.

En effet, il peut se faire que la paralysie générale évolue du début jusqu'à la fin sans que jamais il n'y ait de délire. C'est ce qu'on observe surtout en dehors des asiles d'aliénés. En plus, le délire, quand il existe, ce qui est, il faut le reconnaître, excessivement fréquent, peut apparaître et disparaître pendant le cours de la maladie.

La démence paralytique, au contraire, est, elle, fatalement

incurable; elle est constituée par une démence spéciale, accompagnée de certains signes physiques et elle a des lésions anatomiques connues.

Quant à la folie paralytique, qui présente aussi les signes physiques de la démence paralytique, elle n'est pas la conséquence physiologique des lésions de la démence paralytique; elle a certainement d'autres conditions organiques et elle a pour caractère clinique de se terminer fréquemment par la démence paralytique, quoiqu'elle puisse cependant se terminer par la guérison, ce qui n'est pas rare, ou par la démence simple, ce qui se voit moins souvent. Folie paralytique et démence paralytique sont donc deux choses différentes.

Nous ne pouvons nous étendre sur ce sujet et analyser toutes les notes et études qui servent de base à la démonstration doctrinale de l'auteur, nous risquerions d'en diminuer la valeur. Toutes les phrases portent et il faut absolument étudier dans le texte même. Nous ne doutons pas que la théorie *dualiste*, comme la dénomme M. Baillarger, ne finisse par triompher sur la théorie *unitaire*. La démence paralytique et la folie paralytique seront plus tard envisagées comme elles doivent l'être, c'est-à-dire comme deux maladies distinctes.

Les partisans les plus convaincus de la théorie unitaire, ceux pour qui la folie paralytique est un symptôme essentiel de la démence paralytique, se trouvent souvent embarrassés en présence des circonstances cliniques fréquentes qui constituent de véritables anomalies pour leur théorie. Ils sont déjà arrivés à admettre que la paralysie générale est une grande classe nosologique comprenant de nombreuses variétés encore mal séparées. Avec la théorie dualiste, tous les cas anormaux s'expliquent au contraire très simplement et l'on n'en rencontre pas qui soient en contradiction avec elle.

Les *recherches sur le crétinisme* complètent la liste des travaux contenus dans le second volume. Ces recherches ont été publiées en 1873, elles ont principalement trait à la symptomatologie du crétinisme, et à sa distribution géographique, ainsi qu'à ses rapports avec le goître.

Nous terminerons là cet article, certainement trop court, vu le nombre et l'importance des travaux de M. Baillarger. Nous voudrions seulement avoir réussi à donner une idée de l'œuvre considérable de notre éminent maître et à faire voir combien est grand le progrès qu'il a fait faire à notre science.

L. CAMUSET.

Du délire des persécutions ou maladie de Lasègue; par M. le Dr B. Ball, professeur à la Faculté de médecine de Paris.— 1 vol. in-8°. Asselin et Houzeau, Paris, 1890.

M. le professeur Ball a eu l'excellente pensée de réunir et de publier les leçons qu'il a faites à la clinique de Sainte-Anne, pendant le premier semestre de cette année, sur le *délire des persécutions*. Les amis de M. Ball, les nombreux élèves qui, tous les dimanches, se pressent dans les salles de la clinique pour entendre l'éloquent professeur, seront heureux de retrouver érites ces leçons qu'ils ont applaudies à l'amphithéâtre. D'autant plus qu'elles se rapportent à une question qui, dans ces dernières années, et grâce au remarquable article de M. Ritti dans le *Dictionnaire encyclopédique* (1877), grâce aux leçons de M. Magnan sur le *délire chronique*, à de nombreuses communications et à de longues discussions à la Société médico-psychologique, a passionné le monde des aliénistes.

Je n'ai pas l'intention de faire perdre, en les analysant, leur principal charme à ces leçons, qui sont au nombre de sept et qui touchent tous les points importants du sujet; il me suffira d'en indiquer les particularités les plus saillantes.

Étudiant d'abord dans son ensemble la maladie que Lasègue, le premier, a su nettement dégager (1852), et dont il a fixé les lignes principales avec une merveilleuse exactitude d'observation, M. Ball insiste sur un caractère essentiel qui se retrouve chez « tous les persécutés, qui domine toutes les différences individuelles, c'est l'*autophilie*, c'est l'hypertrophie du moi, c'est la tendance à considérer tout par soi-même, et à se re-
« garder comme le centre du vaste univers. »

Cette *autophilie*, cette tendance orgueilleuse, ne doit pas être confondue avec le véritable délire d'orgueil, avec les idées de grandeur précisées et formulées; la fréquence, la date et le mode d'apparition de ces dernières, au cours du délire de persécution, ont été spécialement discutés à la Société médico-psychologique. M. Ball a reproduit ici, en les développant encore, les objections qu'il avait déjà faites aux partisans du *délire chronique*, objections qui visent autant le mot que la doctrine elle-même. Fidèle à l'un des principes qui dominent son enseignement, le professeur s'est appliqué, dans ces deux premières leçons « à rendre justice à la mémoire de Lasègue, dont
« le rôle semble avoir été visiblement amoindri par quelques-

« uns de ses successeurs », et de bien mettre en lumière la grande part qui revient, dans l'étude approfondie du délire des persécutions, à Morel, à Foville et à M. J. Falret, par lequel « la psychologie de ces malades et l'organisation de leur délire ont été admirablement analysées. »

Après avoir opposé à ce délire, logiquement coordonné, fortement systématisé, les idées de persécution plus ou moins diffuses qui s'observent dans les états mélancoliques, dans la paralysie générale, dans l'alcoolisme, chez les débiles, etc., M. Ball aborde l'étude de certains points, complémentaires de la question principale, mais d'un intérêt essentiel pour la clinique et la médecine légale; c'est à savoir : *les persécutés persécuteurs, la folie à deux et les persécutés en liberté.*

Lasègue avait bien vu que tous les persécutés ne se comportent pas de la même façon à l'égard de leurs tourments imaginaires; tandis que les uns les subissent comme une fatalité inéluctable, d'autres s'en indignent et se révoltent; d'où sa distinction des persécutés en *passifs* et en *actifs*; l'actif réagissant contre ses prétendus ennemis, cherchant à se défendre *préventivement*, souvent « de persécuté devient persécuteur » (Lasègue). Rien n'est plus exact, et c'est à juste titre que M. Ball désigne ces malades du nom de persécuteurs *type Lasègue*.

Comme les persécutés passifs, ces *persécuteurs type Lasègue*, en outre de leurs interprétations délirantes manifestes, présentent des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale on génitale; comme eux, ils parcourent les périodes indiquées par M. J. Falret, ils arrivent à la mégalomanie et, enfin, très souvent, ils versent dans la démence, au moins relative. Mais il existe d'autres persécuteurs qui ont une physionomie toute différente des premiers, qui offrent des caractères cliniques, permettant même, dès les premières périodes de leur maladie, de les reconnaître et de prévoir pour eux une marche et une terminaison spéciales. C'est à M. J. Falret, le professeur Ball le rappelle à plusieurs reprises, que nous devons entièrement la connaissance de ces persécuteurs décrits par lui dans ses discours à la Société médico-psychologique, plus tard dans ses leçons de la Salpêtrière (1886), et dont on trouve une excellente étude dans la thèse du D^r Pottier (Paris. Asselin et Houzeau, 1886). M. Ball range ces malades sous le titre de persécuteurs *type Falret*, désignation déjà employée par plusieurs auteurs; les principaux caractères qui les différencient des persécuteurs *type*

Lasèque, sont les suivants : 1° ils *ne sont pas hallucinés*, et leur délire, restant généralement dans des limites restreintes, ne devient évident qu'après une observation longtemps prolongée et surtout par l'étude attentive des actes ; ils rentrent dans le groupe des aliénés raisonnants ; — 2° *la marche de la maladie est rémittente, non progressive* ; elle ne traverse pas les phases caractéristiques du délire de persécution, et les tendances agressives, persécutrices, se manifestent d'emblée, dès le début ; — 3° *l'énergie intellectuelle reste intacte*, jusqu'à la fin, sans affaiblissement appréciable des facultés, et *malgré la production*, à différents intervalles, *d'accidents cérébraux congestifs* qui, dans la plupart des cas, finissent par emporter le malade ; — 4° enfin, ces malades sont *des héréditaires* et, comme ceux-ci, présentent souvent *des malformations, des anomalies crâniennes ou génitales*.

A ces deux types principaux, M. Ball ajoute des « variétés accessoires » : le persécuter amoureux et le *processif* de Krafft-Ebing.

Une leçon sur la *Folie à deux* en étudie les principales variétés : folie communiquée ; folie simultanée ; folie imposée ; folie transformée ; folie épidémique ; folie gémellaire ; enfin, *suicide à deux*.

M. Ball a complété ses études sur le délire des persécutions par une leçon très originale, très intéressante sur les « persécutés en liberté ». Les innombrables méfaits de ces aliénés, pour lesquels la presse montre une si étrange sympathie, donnent au sujet une importance sociale et médico-légale considérable. Cette importance n'est pas moindre sous le rapport clinique, et pour les aliénés quels qu'ils soient. Beaucoup de malades, en effet, sont protégés contre l'asile, soit par leur entourage, soit par la nature même de leur trouble mental, et ils vivent en liberté, inconnus des médecins qui bornent leur observation à l'intérieur des asiles. Cependant, il peut y avoir, et il y a grand profit pour la science à connaître et à étudier ces aliénés libres ; sans insister davantage, rappelons que plusieurs de ces états pathologiques singuliers : la folie du doute, la plupart des obsessions de toute nature, un grand nombre de cas de folie à deux, la folie circulaire dans ses degrés atténués, l'épilepsie larvée, le petit mal intellectuel des épileptiques, etc., n'ont pu être bien décrits que par l'observation de malades vivant hors des asiles. Nous devons donc remercier M. le professeur Ball, d'avoir montré, en s'engageant dans une voie nouvelle,

le grand intérêt qui s'attache à l'étude des aliénés en liberté, et d'avoir encouragé cette étude par son exemple.

L.-F. ARNAUD.

Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme; par M. Paul Sollier, interne des hôpitaux de Paris, avec une préface de M. le D^r Bourneville, médecin de Bicêtre. Paris, aux bureaux du *Progrès médical*, 1889.

« Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme », tel est le sujet qu'avait proposé la Société médico-psychologique pour le concours du prix Aubanel. Le mémoire de M. Sollier a obtenu la première récompense.

M. Sollier, interne de M. Bourneville, a basé son travail sur l'étude de trois cent cinquante familles dont un membre au moins a passé dans le service de Bicêtre. Il a soin de remercier, dans une dédicace, son chef de service qui a mis à sa disposition « sa collection vraiment unique d'observations ». Ces observations de maladies mentales et nerveuses, disons-le en passant, sont difficiles à bien faire. Les commémoratifs, les antécédents de famille qui en constituent une des parties les plus importantes, ne s'obtiennent pas sans peine des parents et des amis des malades. Il faut insister, démêler le vrai du faux, s'informer partout où l'on peut, employer enfin tout ce qu'on possède de persévérance et surtout de patience.

M. Sollier a-t-il tiré parti de cette collection unique de bonnes observations, qu'il apprécie d'ailleurs comme il convient, et que M. Bourneville a mise à sa disposition ? Certainement oui, et je doute fort qu'il soit possible de mieux faire en ce qui a rapport à l'étude, à la comparaison des faits et à leur statistique.

Mais le sujet donné par la Société médico-psychologique comprenait une partie que l'auteur a trop négligée. C'est en réalité, la moitié seulement du sujet qu'il a traitée, mais il faut le dire, très bien traitée.

Le rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme, implique l'étude de l'influence de l'hérédité sur l'éclosion de l'alcoolisme, mais aussi celle de l'influence de l'hérédité sur les manifestations morbides de l'intoxication par l'alcool. Il y a bien, dans le mémoire, quelques pages sur ce sujet, mais la clinique des psychoses d'origine alcoolique, par exemple, ou influencées seu-

lement par ce facteur, chez les héréditaires, est à peine esquissée. C'est pourtant là une question d'un grand intérêt en psychiatrie. Et si M. Sollier avait réussi cette partie de son travail comme il a réussi l'autre, le tout n'aurait donné lieu à aucune critique sérieuse. Tel est du moins mon avis.

Résumons maintenant brièvement le livre. D'abord le plan ; la question contient trois termes : L'alcoolisme peut-il être héréditaire? — S'il l'est, dans quelle mesure et de quelle manière agit l'hérédité? — L'hérédité similaire est-elle la seule qui intervienne dans la genèse de l'alcoolisme, ou peut-il y avoir hérédité dissemblable, et alors quelles sont les affections qui prédisposent le plus les descendants à l'alcoolisme? — C'est à la résolution successive de ces questions que tout le travail sera consacré.

Vient ensuite le chapitre de l'historique. M. Sollier fait cette remarque, qu'on néglige trop, de nos jours, la connaissance des efforts tentés par nos anciens et des résultats souvent notables auxquels ils sont arrivés sur des sujets qui nous semblent excessivement modernes. Lui-même échappe à ce reproche, car il indique les auteurs qui ont vu l'influence de l'hérédité sur l'ivrognerie et sur l'alcoolisme avec leurs appréciations propres. Il fait voir l'erreur des médecins qui ont cru résoudre le problème en s'occupant de la descendance des alcooliques, alors que l'alcoolisme héréditaire est celui qui a sa source dans l'état pathologique des parents.

Vient ensuite la distinction entre l'hérédité similaire et l'hérédité dissemblable. Sur 141 cas d'alcoolisme héréditaire, l'hérédité similaire est notée 106 fois et l'hérédité dissemblable 35 fois seulement, c'est-à-dire que la proportion est de 3 à 1.

L'hérédité similaire, dont la fréquence est si grande, est longuement étudiée, et ici se pose une question : quels sont les rapports entre l'alcoolisme héréditaire et la dipsomanie? Pour M. Sollier, malgré qu'il s'en défende par endroits, et malgré qu'il écrive dans ses conclusions : « Entre la dipsomanie, folie héréditaire, et l'alcoolisme dit acquis, il existe une forme intermédiaire de la passion pour les boissons alcooliques, c'est l'alcoolisme héréditaire », pour M. Sollier, dis-je, il est certain, c'est ce qui résulte de la lecture attentive de son travail, que la dipsomanie et l'alcoolisme chronique sont deux états morbides qui ne diffèrent l'un de l'autre que par le degré d'intensité des syndromes qui les constituent, lesquels syndromes sont identiques. Lisez les pages 77 et suivantes.

Cette thèse est soutenue avec talent, elle a une analogie avec les idées anglaises sur le sujet. On sait que les Anglais admettent une dipsomanie chronique. En France, on pense en général autrement et j'avouerai, pour ma part, que M. Sollier ne m'a pas convaincu. Malgré la façon ingénieuse et claire avec laquelle il présente les propositions sur lesquelles il étaye sa démonstration, malgré la logique de ses déductions, je persiste à croire que la dipsomanie diffère absolument de l'alcoolisme héréditaire. C'est, du reste, une appréciation toute personnelle.

Dans les chapitres suivants, on trouve indiquée l'influence de l'hérédité sur les manifestations organiques et psychiques de l'alcoolisme. C'est la partie si concise que j'ai signalée, alors qu'elle devrait égaler en importance tout le reste du mémoire. Vient ensuite l'influence de l'hérédité alcoolique sur la paralysie générale, puis l'étude du facteur individuel, du terrain sur lequel s'exerce l'hérédité.

L'auteur conclut, des données acquises par les études précédentes, à l'existence de l'hérédité alcoolique dissemblable. Il montre alors, d'une façon succincte, l'action des névropathies sur l'alcoolisme, de l'épilepsie, de l'hystérie, des psychoses, de la dégénérescence mentale. Un très intéressant chapitre a pour titre : alcoolisme et suicide. Incidemment l'auteur prouve qu'on doit ajouter à la liste déjà si longue des affections de la famille névropathique, le suicide et l'alcoolisme héréditaire.

En dernier lieu, enfin, est l'exposé du développement de l'alcoolisme chez l'individu. Ce chapitre appartient autant à la sociologie qu'à la médecine. M. Sollier le résume ainsi : « Les causes qui font apparaître l'alcoolisme chez les héréditaires, et surtout chez les descendants d'alcooliques, ne sont que des causes occasionnelles et apparentes, qui sont loin de jouer le rôle qu'on a voulu leur donner. La véritable cause est l'hérédité qui crée la prédisposition, l'impulsion, et un état intellectuel et moral mettant l'individu dans l'incapacité de résister. »

Je me suis efforcé de faire ressortir les idées personnelles et les aperçus nouveaux qui existent dans le mémoire de M. Sollier. Il est superflu de faire l'éloge d'un travail que la Société médico-psychologique a récompensé. Il serait à désirer que ce livre, et tous ceux du reste qui traitent des sujets analogues, fussent lus non seulement par les médecins, mais aussi par le grand public qui acquerrait ainsi des connaissances encore peu répandues, quoique d'une importance sociale extrême.

L. CAMUSET.

Hérédité et alcoolisme. Étude psychologique et clinique sur les dégénérés buveurs et les familles d'ivrognes; par M. le D^r Legrain, ouvrage couronné par la Société médico-psychologique, avec une préface de M. le D^r Magnan. 1 vol. in-8°. Paris, 1888, O. Doin, éditeur.

Dans cet ouvrage, l'auteur s'est proposé d'étudier l'alcoolisme des gens nerveux, des héréditaires de nerveux et des dégénérés.

Après un historique sobre mais complet, mentionnant tous les travaux même les plus récents et rien que les travaux se rapportant à la question telle qu'il l'a posée, il nous présente une analyse critique de l'état mental des buveurs d'après ses caractères psychologiques et cliniques. Il classe les buveurs en deux catégories: 1° les buveurs qui boivent sans avoir conscience du danger; 2° ceux, les plus nombreux, qui s'intoxiquent sciemment, les uns volontairement, les autres en vertu d'un penchant irrésistible. Il nous démontre que tous ceux de cette dernière catégorie, dans laquelle on peut établir plusieurs groupes, appartiennent à la grande famille des névropathes, des déséquilibrés et boivent en vertu d'une disposition native.

Il passe après en revue la généalogie des alcooliques: à la première génération, buveurs simples; à la deuxième, buveurs avec accidents cérébraux; à la troisième, accidents convulsifs dans la première enfance et plus tard apparition de phénomènes plus complexes.

Il établit qu'un buveur est un individu touché, qu'un délirant alcoolique est plus touché encore et qu'un alcoolique anormal est un dégénéré; l'hérédité prédispose non seulement aux excès de boisson, mais encore aux excès précoces.

Vient à présent une étude sur l'ivresse du prédisposé, ses diverses formes comparées à celles de l'ivresse vulgaire. Il n'y a pas deux ivrognes qui se ressemblent, chacun réagit à sa façon. Les différences tiennent particulièrement à deux causes: 1° la nature de la boisson ingérée; 2° la prédisposition individuelle. L'ivresse revêt des formes qui rappellent la nature de la prédisposition de l'individu, elle met surtout en relief les caractères habituels de l'état mental qui n'est en somme que le produit synthétique de diverses influences héréditaires.

Le délire alcoolique se comporte de même, la question du terrain est toujours capitale et domine la situation. Les aliénés séquestrés pour alcoolisme peuvent, ou reproduire le tableau classique du délire alcoolique, du *delirium tremens*; dans ce cas,

nous avons affaire à des alcooliques simples ; ou être les uns déprimés, les autres exaltés, et alors il s'agit d'alcooliques tarés, prédisposés, chez lesquels l'alcoolisme n'est qu'un incident survenu dans le cours d'une existence intellectuelle malade. Des signes communs servent à reconnaître les alcooliques quelle que soit leur attitude, ce sont : des hallucinations pénibles, de la mobilité dans les idées, des troubles somatiques. Le degré de résistance des sujets en face de l'alcool varie, selon que la tare héréditaire est plus ou moins lourde.

Suit une brillante description de l'évolution du délire chez les héréditaires, comparé au tableau classique du délire alcoolique. Successivement sont décrits la période d'incubation ou période prédélirante, le rôle de l'appoint alcoolique chez les prédisposés, la période d'état ou délire alcoolique confirmé, la forme dépressive et la forme expansive, le suicide et le délire ambitieux des alcooliques, finalement la période de régression, l'alcoolisme à rechute et le terrain de dégénérescence acquise chez les vieux buveurs.

La question de l'alcoolisme et de l'absinthisme dans ses rapports avec les états convulsifs est ensuite envisagée. Les conclusions auxquelles aboutit notre confrère sont les suivantes : l'absinthe est incontestablement un poison épileptisant ; il en est de même de certains alcools, contenant d'autres produits toxiques tels que le furfural ; mais le rôle capital dans la production des phénomènes convulsifs doit être attribué à un organisme prédisposé au point de vue névropathique. Dans le cas de co-existence d'absinthisme et d'épilepsie, il y a fréquemment augmentation du nombre des attaques. Si l'alcool n'engendre pas directement l'état convulsif chez un individu, il est d'observation courante qu'il l'engendre chez ses descendants.

En dernier lieu, l'auteur nous montre que la forme la plus pure de l'alcoolisme chez les prédisposés est la forme impulsive : la dipsomanie, qui est spéciale aux dégénérés parfaits. A côté des dipsomanes, il faut classer certains malades n'ayant pas encore franchi la dernière étape de la dégénérescence et présentant simplement des tendances dipsomaniaques.

Un aperçu médico-légal complète cette œuvre. La notion de la tare héréditaire entachant la majeure partie des alcooliques éclaire d'un jour tout nouveau le difficile problème de la responsabilité des alcooliques, en consacrant cet axiome : « Derrière un alcoolique, il y a souvent un aliéné ou un prédisposé à la folie », et entraîne comme conséquence le vœu de voir

bientôt créer en France des asiles spéciaux, comme il en existe déjà à l'étranger, pour l'internement des alcooliques reconnus en grande majorité irresponsables, mais ne cessant pas pour cela d'être dangereux et vis-à-vis desquels la société ne peut rester désarmée.

Cette pâle analyse, bien incomplète, ne saurait donner qu'une faible idée du travail de notre confrère; elle passe sous silence bien des points de vues nouveaux, d'aperçus intéressants, laisse forcément dans l'ombre les nombreuses observations toutes originales, détaillées et complètes, sur lesquelles est solidement étayé cet ouvrage. Il faut le lire pour l'apprécier à sa juste valeur et juger combien est méritée la haute récompense que lui a décerné la Société médico-psychologique.

D^r J. RAMADIER.

I. — *On medical advice regarding the marriage of subjects with a personal or family history of insanity (De l'avis du médecin à propos du mariage des individus à antécédents psychopathiques personnels ou héréditaires)*; par M. le D^r H. R. Stedman, de Boston, 1889.

II. — *The family system in practice (Le système familial; rapport sur la condition des aliénés placés chez des particuliers en Massachusetts)*; par le même, 1889.

I. — En pareille matière, l'avis du médecin est rarement demandé et plus rarement suivi encore. Quoi qu'il en soit, son rôle est des plus délicats, car il ne peut y avoir de règles fixes, et chaque cas comporte une réponse particulière. Les praticiens ordinaires ont une tendance à estimer au-dessous de leur valeur les chances de transmission héréditaire; cependant les dangers possibles des alliances entachées d'hérédité peuvent à peine être exagérés.

La transmission est probable quand on relève un grand nombre d'ancêtres touchés; quand on trouve parmi les ascendants la folie périodique, la dipsomanie, l'épilepsie, l'imbécillité; ou bien les stigmates physiques de la dégénérescence, l'insuffisance de taille, les difformités, la phthisie.

Si la folie du parent est postérieure à la naissance de l'enfant, elle doit être considérée comme une tare moins importante que le cas contraire.

De même, d'après l'auteur, pour un homme à marier, la folie

puerpérale de la mère constitue un antécédent de faible importance.

La paralysie générale, à moins qu'elle n'ait existé au moment de la naissance de l'enfant, est peu grave pour ce dernier.

Par-dessus tout il importe d'examiner avec la plus grande attention la constitution physique et psychique du sujet lui-même. Est-il en puissance de la diathèse psychopathique, ce qu'on reconnaîtra aux stigmates de la dégénérescence? Alors, qu'il s'abstienne du mariage.

Une légère prédisposition devient très grave en cas de parenté des futurs conjoints et comporte un avis défavorable.

On est souvent consulté par des gens qui ont déjà subi une atteinte de folie. Chez l'homme, si elle a été légère ou accidentelle, s'il est de santé robuste, si son existence future doit être confortable, il est permis d'hésiter. Chez la femme, le même cas est plus grave, car les chances de rechute sont beaucoup plus grandes.

Enfin, l'intervalle qui s'est écoulé entre l'accès d'aliénation mentale et l'époque du mariage projeté est des plus importants à considérer; car un enfant conçu pendant une période de trouble mental a les plus grandes chances de faire un idiot, un imbécile ou un faible d'esprit.

II. — Le système familial (*family system*) vient d'être mis en pratique dans l'état de Massachusetts. En novembre 1888, il y avait 66 aliénés (21 hommes, 45 femmes) en traitement chez des particuliers, non dans une circonscription déterminée, comme à Gheel ou à Lierneux, mais dispersés autour des divers établissements charitables où sont hospitalisés les aliénés, tels que les asiles de Danvers, Worcester, Northampton, Taunton et deux autres hospices de l'État. Après une inspection minutieuse des conditions dans lesquelles se trouvent traités ces 66 aliénés, le Dr Stedman conclut que le système familial est parfaitement applicable; que les difficultés pratiques qu'il soulève disparaîtront avec son extension; qu'il est humain, favorable au confort des malades, économique pour les finances de l'État, enfin qu'il est appelé à supprimer l'encombrement des asiles fermés et à rendre inutile la construction de nouveaux établissements consacrés au traitement de la folie.

M. Stedman, dans une note, semble nous dire que c'est sous son inspiration qu'a été tenté cet essai de traitement familial des aliénés. Peut-être cela explique-t-il l'optimisme de ses con-

clusions que ne justifient pas tout à fait les développements de son rapport. Il divise en effet les maisons des nourriciers qu'il a visitées en quatre catégories : 1° celles qui étaient irréprochables à tous les points de vue ; 2° celles qui étaient suffisamment convenables ; 3° celles où, malgré leur aspect crasseux et pauvre, les malades se trouvaient pleinement satisfaits ; 4° enfin celles où régnait d'une façon évidente la plus complète misère.

Ces dernières étaient peu nombreuses, je le veux bien, mais elles suffisent pour que les conclusions du D^r Stedman comportent quelques réserves pour un esprit dégagé envers le système de toute idée préconçue.

D^r A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Hypnotisme, grossesse. Choréoptisme. Accouchement, sans souffrance ; par le D^r M. Fontan. Broch. in-8° de 56 p. avec planch. Marseille, 1890.

— La forma del cervello umano e le variazioni correlative del cranio e della superficie cerebrale e studio critico sulla genesi della circonvoluzioni cerebrali (La forme du cerveau humain et les variations corrélatives du crâne et de la superficie cérébrale, avec une étude critique de la genèse des circonvolutions cérébrales) ; par le D^r Giulio Chiarugi, professeur de l'Institut anatomique de Sienne. 1 vol. in-8° de 182 p. avec planches. Sienne, 1886, E. Torrini, édit.

— Leçons sur deux cas d'hystérie provoqués par une maladie aiguë (fièvre typhoïde et grippe) ; par le professeur J. Grasset. Recueillis et publiés par le D^r G. Rauzier, chef de clinique. Broch. in-8° de 54 pages. Paris, 1890. G. Masson, édit.

— Pro et contro la semiresponsabilità. Perizie medico-legali. II. In causa di reati militari. (Pour et contre la responsabilité partielle. Observations médico-légales. II. A propos d'un crime commis par un soldat) ; par le D^r Ern. Bouvechiato, médecin en chef de l'hôpital civil de Venise. Broch. in-8° de 42 pages. Venise, 1890.

— Spinal concussion : Surgically considered as a cause of spinal injury, and neurologically restricted to a certain symptom group, for which is suggested the designation Erichsens disease as one form of the traumatic Neuroses (La commotion spinale, considérée au point de vue chirurgical comme une cause de lésions de la moelle, et limitée au point de vue neurologique à un certain groupe symptomatique pour lequel est proposé le

nom de maladie d'Erichsen, comme une forme de la névrose traumatique); par le D^r S.-V. Cleveuger. 1 vol. in-8° cart. à l'anglaise de 359 pages avec 30 fig. Philadelphie et Londres, 1890. F.-A. Davis, édit.

— Le surmenage mental dans la civilisation moderne. Effets, causes, remèdes; par Marie Manacéine. Traduit du russe par E. Jaubert. Avec une préface par le D^r Ch. Richet. 1 vol. in-18° de 286 pages. Paris, 1890. G. Masson, édit.

— Un cas d'abasia-astasia sous forme d'attaques (attaque abasique); par le D^r Ladame (de Genève). Broch. in-8° de 9 pages. Extrait des *Archives de neurologie*, n° 55. S. l. n. d.

— De l'aeromégalie. Maladie de Marie; par le D^r Souza-Leite, ancien interne des asiles de la Seine. 1 vol. in-8° de 311 pages avec 102 figures intercalées dans le texte. Paris, 1890. Lecrosnier et Babé, édit.

— Les aliénés et les asiles d'aliénés. Assistance, législation et médecine légale; par le D^r J. Falret, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8° de 564 pages. Paris, 1890, J.-B. Bailliére, édit.

— Les régicides dans l'histoire et dans le présent; par le D^r Em. Régis, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris. 1 vol. in-8° (100 pages avec 20 portraits) de la *Bibliothèque de criminologie*. Paris, 1890. G. Masson, édit.

— Su alcuni effetti neuro e psicepatici dell' influenza (De quelques effets neuro et psychopathiques de l'influenza), par le professeur Enrico Morselli. Broch. in-8° de 19 pages. Extrait de la *Riforma medica*, avril 1890.

— Histologie de la région psycho-motrice chez le nouveau-né; par le D^r Magalhães Lemos. Broch. in-8° de 14 pages. S. l. n. d.

— Lição d'Abertura do curso clinico de doenças mentaes e nervosas feito no Hospital do Conde de Ferreira (Leçon d'ouverture du cours clinique des maladies mentales et nerveuses fait à l'hôpital de Conde de Ferreira); par le D^r Magalhães Lemos. Broch. in-8° de 39 pages. Porto, 1890.

— A paralyisa geral. Contribuição ao estudo da sua histologia e physiologia pathologica. Dissertação de concurso a Escola medico-cirurgica de Porto (La paralysie générale. Contribution à l'étude de son histologie et de sa physiologie pathologique. Thèse de concours à l'Ecole médico-chirurgicale de Porto); par le D^r Magalhães Lemos. Broch. in-8° de 76 pages avec deux planches. Porto, 1889.

— L'assistance publique dans le département de Sambre-et-Loire; par le D^r Henri Napias. 1 vol. in-8° de 88 pages, avec une lettre de Henri Monod. Paris, 1890. Lecrosnier et Babé, édit.

— J.-J. Rousseau's Krankheitsgeschichte (Histoire de la maladie de J.-J. Rousseau); par P.-J. Möbius. 1 vol. in-8° de 192 pages. Leipzig, 1889. Vogel, édit.

— Myxœdème ou caehexie pachydermique (Chareot); par Kovalevski, professeur de maladies mentales à l'Université de Khareoff. Broch. in-8° de 28 pages. Extrait des *Archives de neurologie*, n° 53.

— L'anthropologie criminelle et ses récents progrès; par Cesare Lombroso. 1 vol. in-18 (180 pages avec 10 fig. dans le texte) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, 1890. Alcan, édit.

— Ulteriori studi sulla istero-epilettica presentata al congresso di Paria (Dernières études sur l'hystéro-épilepsie, présentées au Congrès de Paris); par le Dr Rivaldo Rainaldi. Broch. in-8° de 9 pages. Extrait du *Monitore Medica Marchig*, avril 1889.

— The insanity of doubt (De la folie du doute); par le Dr Philip Combs Knapp. Broch. in-8° de 23 pages. Extrait de *The American Journal of Psychology*. Janvier 1890.

— Methods of examination in medico-legal Cases involving suit for damages for real or supposed injuries to the Brain and spinal cord (Méthodes pour l'examen médico-légal de cas comportant des poursuites en dommages-intérêts pour lésions réelles ou supposées du cerveau et de la moelle); par le Dr Ph. Coombs Knapp. Broch. in-18 de 24 pages. Extrait de *The Boston medical and Surgical Journal*, n° des 19 et 26 décembre 1889.

— Les épilepsies et les épileptiques; par le Dr Ch. Féré, médecin de Bicêtre. 1 vol. in-4° de 636 pages avec 12 planches hors texte et 67 fig. dans le texte. Paris, 1890. Fél. Alcan, édit.

— L'impuissance sexuelle chez l'homme et la femme; par le Dr W.-A. Hammond, professeur de maladies mentales et nerveuses à l'Ecole de médecine de New-York. 1 vol. in-12 de 288 pages. Paris, 1890. Leerosnier et Babé, édit.

— La folie de J.-J. Rousseau; par le Dr Châtelain, ancien médecin en chef de la maison de santé de Préfargier. 1 vol. in-12 de 235 pages. Paris, 1890. Fischbacher, édit.

— Des méningites microbiennes; par le Dr E. Adenot, ex-interne des hôpitaux de Lyon. 1 vol. in-8° de 159 pages. Paris, 1890. J.-B. Baillière, édit.

— Assistance et patronage des aliénés. Colonies agricoles. Inspecteurs généraux. Communication faite au Congrès international de médecine mentale (séance du 10 août 1889); par le Dr Baume. Broch. in-8° de 22 pages. S. l. n. d.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Décret du 3 août 1890* : Sur la proposition du ministre de l'intérieur, a été nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur : M. LE BÈGUE (Paul-Laurent), directeur de l'asile public d'aliénés de Bron (Rhône). Ancien inspecteur du service des enfants assistés. Ancien directeur de l'asile public d'aliénés de Bordeaux. Directeur de l'asile de Bron depuis 1878. Médaillé pour sa belle conduite pendant l'épidémie cholérique de 1854. 33 ans de services.

— *Arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 14 juillet 1890* : Sont nommés officiers d'Académie : MM. BRIAND (Marie-Pierre-Mareel), médecin à l'asile de Villejuif (Seine), auteur de publications scientifiques ; LEGRAIN (Maurice-Paul), médecin à l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise) ; MEURIOT (André-Isidore), directeur de la maison de santé du docteur Blanche, chevalier de la Légion d'honneur ; RUEFF (Adolphe), médecin-adjoint de l'Infirmerie du Dépôt de la préfecture de police, délégué cantonal, et SOLLIER (Paul), interne à la Salpêtrière, publications médicales.

— *Arrêté du 1^{er} août 1890* : Sont promus, pour prendre rang à partir du 1^{er} juillet 1890, à la classe exceptionnelle de leur grade (8,000 francs), MM. les D^{rs} GIRAUD, directeur-médecin de l'asile Saint-Yon (Seine-Inférieure) et FABRE, directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne) ;

A la première classe de son grade, M. le D^r LALLEMANT, médecin-adjoint de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure).

— *Arrêté du 2 août 1890* : M. TONDU, ancien député, est nommé directeur de l'asile d'aliénés de Bron (Rhône), en remplacement de M. Le Bègue, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire. M. Tondou est placé dans la classe exceptionnelle (8,000 fr.).

— *Faculté de médecine de Lyon* : M. le D^r ROYET est institué, pour deux ans, à partir du 18 novembre 1890, chef de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Belous, dont le temps d'exercice est expiré.

NÉCROLOGIE.

D^r BAUME. — Nous avons la profonde douleur d'annoncer la mort d'un des plus assidus collaborateurs des *Annales*, d'un

des directeurs-médecins d'asiles d'aliénés les plus justement estimés : le D^r Baume est décédé le 18 août dernier après une courte maladie, à peine âgé de 62 ans.

Baume (Irénée-Célestin) était né le 20 octobre 1828. Il commença jeune ses études médicales et fut nommé interne de l'asile de Maréville, en 1851. En 1854, il soutint sa thèse de doctorat sur un sujet des plus délicats : *De la guérison des maladies mentales*. Quoique l'œuvre d'un débutant, ce travail dénotait de réelles connaissances et une habitude de l'observation clinique. A peine reçu docteur, il fut choisi par le préfet de Taru-et-Garonne comme médecin préposé responsable du quartier des aliénés de l'hospice de Montauban ; mais il ne conserva ces fonctions que six mois. En octobre 1854, il fut nommé médecin-adjoint de l'asile Saint-Athanase à Quimper, où il resta jusqu'à la fin de sa carrière. Nommé médecin-directeur en mars 1857, il prit sa retraite en septembre 1883. Durant ce quart de siècle, il transforma l'asile et, grâce à une administration sage et économique, il put arriver au but désiré sans presque avoir à recourir aux fonds départementaux. Les auteurs du *Rapport général*, qui ont pu suivre année par année les améliorations apportées dans son établissement par notre regretté confrère, lui ont rendu pleine justice. « Sous le rapport de l'organisation de ses services économiques et du travail agricole, écrivent-ils (1), l'asile de Quimper est devenu un modèle sur lequel nous ne saurions trop appeler l'attention des administrateurs et des aliénistes. » Baume avait développé les services généraux sur la plus large échelle ; nulle part le travail et surtout le travail agricole n'étaient mieux organisés.

Quelque absorbantes que fussent ses fonctions médicales et administratives, notre savant confrère trouvait du temps à consacrer au travail scientifique. On lui doit de nombreuses publications d'un réel intérêt, dont la plupart ont été insérées dans les *Annales* ; rappelons entre autres : *Revue clinique de l'asile public de Saint-Athanase à Quimper* (broch. in-8, 1857) ; *De l'inégalité de poids entre les hémisphères cérébraux chez les épileptiques* (*Ann. méd.-psych.* 1862, t. VIII) ; *De l'inégalité de poids des hémisphères cérébraux dans l'hémorragie méningée et dans l'hémiplégie incomplète chez les déments paralytiques* (*Ann. méd.-psych.* 1862, t. VIII), etc., sans compter de nombreux rapports de médecine légale.

Sa mise à la retraite ne lui enleva rien de son ardeur pour la question des aliénés. La revision de la loi de 1838 trouva en

(1) Constans, Lunier et Dumesnil, *Rapport général à M. le ministre de l'intérieur sur le service des aliénés en 1874*, Paris, 1878, p. 305.

lui un critique prudent, mais ferme et plein de bon sens. Ce qui le préoccupait surtout, ce dont il s'était fait en quelque sorte l'apôtre, c'est la création de colonies agricoles, de sociétés de patronage pour les aliénés. Il ne laissait passer aucune occasion de développer ses idées sur ces points délicats de l'organisation de l'assistance publique des aliénés.

Baume était un honnête homme, dans la plus large et la plus haute acception du mot. Bon, bienveillant et surtout bienfaisant, il plaisait par ses belles qualités morales, par sa passion pour l'amélioration du sort des malheureux et par son ardeur pour les réformes sages et pratiques. Plutôt timide, il s'enhardissait et se transformait en quelque sorte lorsqu'il cherchait à vous faire partager ses propres convictions.

Notre regretté confrère et collaborateur est décédé à Elven (Morbihan), où il s'était retiré. Ses obsèques ont eu lieu à Quimper le 20 août 1890, au milieu d'un grand concours de population. Deux discours ont été prononcés sur sa tombe; nous croyons devoir reproduire celui de M. le D^r Coffec, président de l'Association des médecins du Finistère, qui a bien connu notre regretté collègue et à qui il appartenait, en lui rendant un dernier hommage, de caractériser cette existence si utile et si bien remplie, tout entière consacrée au traitement des aliénés.

Discours de M. le D^r Coffec.

Messieurs, il y a sept ans, lorsque le docteur Baume quitta le Finistère, dans une réunion de l'Association médicale dont il avait embrassé l'œuvre avec ferveur, je prononçai, dans le chagrin que me causait cette séparation, quelques mots qui trahissaient mon émotion et je ne faisais que traduire les sentiments de tous mes confrères. Aujourd'hui, c'est devant une tombe ouverte, c'est devant le corps inanimé de mon vieil ami que je m'avance pour lui dire le dernier adieu et pour en parler à ceux d'entre vous, Messieurs, qui ne l'ont point connu.

M. Baume, reçu docteur tout jeune, choisit comme but à son activité l'étude et le traitement de l'aliénation mentale, cette partie de la médecine si difficile et en même temps si pleine d'intérêt. Elle était digne de son intelligence d'élite, la lutte contre cette déchéance de l'organisme qui atteint l'homme dans ce qu'il a de plus noble et de plus élevé, qui le prive des attributs qui sont le côté personnel de son individualité, qui lui enlève cette supériorité par laquelle il domine tout ce qui l'entoure, qui l'attaque, enfin, dans son intelligence et sa raison.

Nommé médecin-adjoint à Saint-Athanase, il en devient directeur-médecin peu d'années après. Cet asile n'était pas alors l'établissement important que l'on admire aujourd'hui, il n'é-

taient encore qu'à son berceau, et ce qu'il est devenu, on le doit à la sage et habile direction du docteur Baume. Les rapports des inspecteurs généraux, les comptes rendus du conseil général témoignent tous de la haute estime dans laquelle on le tenait, et depuis le début jusqu'à la fin de sa carrière, ce n'a été qu'une suite ininterrompue d'éloges et de marques de reconnaissance.

C'est que tous savaient son abnégation, son dévouement sans bornes. Toute sa vie, jusqu'au moment où ses forces l'ont trahi, il l'a passée là, près de ses pauvres malades qu'il aimait, les surveillant, les soignant, les entourant de la plus grande affection, améliorant l'établissement pour augmenter leur bien-être, ne songeant jamais qu'à eux.

Pour tant de mérite, de sacrifices, on lui a donné la croix de la Légion d'honneur, et jamais distinction honorifique n'a été mieux gagnée.

La place de médecin-directeur de l'asile Saint-Athanase est sans doute une situation très honorable, très enviable, mais combien plus brillante eût été son existence s'il avait voulu, s'il avait eu l'ambition que légitimait son talent, s'il avait écouté les propositions qu'on lui faisait, les instances répétées dont il était l'objet ! Mais l'amour des richesses était loin de son noble cœur.

« L'assistance des malheureux frappés d'aliénation mentale, la protection due aux victimes de cette affreuse infortune est une question qui aura longtemps le privilège de réunir dans un même effort tous les esprits généreux. »

Ce noble langage, c'est le sien. C'est celui qu'il tenait au moment de fonder cette société de patronage de l'asile Saint-Athanase, destinée à donner aux indigents qui sortent de cet asile l'assistance et la protection dont ils ont besoin pour vivre au dehors. Souhaitons à cette belle œuvre la prospérité et faisons tous nos efforts pour sa réussite, pour réaliser les vœux de son généreux fondateur.

Les aliénés dans l'asile, les aliénés hors de l'asile, c'est toujours à eux qu'il pense, c'est toujours eux qu'il entoure de toute sa sollicitude, et s'il écrit, s'il fait des mémoires qui paraissent dans les recueils scientifiques et dont quelques-uns font autorité, il traite toujours les questions les concernant : tels ses travaux sur les lésions cérébrales chez les épileptiques, ses travaux sur les altérations du système nerveux chez les déments paralytiques, ses travaux sur les projets de colonisation, sur des questions de médecine légale concernant l'irresponsabilité.

Aussi quoi d'étonnant s'il nous est donné d'assister aujourd'hui à ce spectacle réconfortant, de voir ces infortunés, chez qui tant de facultés ont sombré, conserver encore le sentiment

de la reconnaissance, suivre le convoi de leur bienfaiteur et déposer une couronne sur son cercueil.

Le docteur Baume était un esprit droit, ouvert, libéral, respectant les autres, se respectant lui-même. Dans les questions d'affaires, on le trouvait toujours plein de mesure, de tact, de ménagements pour les personnes, et toujours pour les idées de progrès.

Messieurs Baume, mes chers amis, votre père était une intelligence élevée, un homme de grande valeur ; c'était le plus parfait honnête homme de la terre. Votre malheur est irréparable ; votre douleur est immense, à vous qu'il aimait tant ! Nous tous qui l'avons connu, nous pleurons avec vous. Dans toute la ville de Quimper, sa mémoire vivra vénérée.

PATRONAGE DES ALIÉNÉS GUÉRIS DES ASILES DE LA SEINE.

— ADMISSION A L'ANNEXE DE L'ASILE NATIONAL DE VIN-
CENNES.

M. le préfet de la Seine a adressé, le 24 mai 1890, la circulaire suivante aux directeurs des asiles d'aliénés de la Seine :

Monsieur le Directeur,

Dans sa séance du 26 mars 1890, le conseil général de la Seine a pris une délibération portant ouverture au budget départemental de l'exercice de 1890, d'un crédit de 5,000 fr., pour le fonctionnement d'un service de patronage des aliénés guéris.

En vue d'assurer la prompte exécution de la délibération de l'assemblée départementale, des négociations sont engagées avec le ministère de l'intérieur dans le but d'obtenir l'admission à l'annexe de l'Asile national de Vincennes des aliénés (hommes) à leur sortie des asiles publics de la Seine.

Cet établissement situé à Paris, 32, rue de Charenton, reçoit actuellement à leur sortie de l'Asile national de Vincennes, les convalescents sans domicile, sans ressources et sans travail. Ils y sont logés et nourris pendant trois jours qu'ils doivent employer à chercher de l'ouvrage avec l'aide de l'administration.

Les hôpitaux, ressortissant à l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, sont admis à envoyer directement à l'annexe quelques malades se trouvant dans les conditions réglementaires, que des circonstances particulières ne permettent pas d'envoyer à l'Asile national de Vincennes.

C'est à cette dernière catégorie d'admis que seraient assimilés les aliénés guéris sortants, sans domicile, sans ressources et sans travail.

L'établissement ne disposant que d'un certain nombre de places, j'aurais besoin de connaître tout d'abord le chiffre

moyen par semaine, aussi exact que possible, des malades de votre asile pouvant bénéficier de cette création charitable.

Je vous prie, en conséquence, de me faire parvenir ce renseignement dans le plus bref délai.

Vous recevrez ultérieurement des instructions sur le mode d'admission à l'annexe.

Agréez, monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Préfet et par autorisation,

*Le sous-directeur chargé de la direction
des affaires départementales.*

Signé : LEROUX.

LES MORSURES HUMAINES.

Sous ce titre, notre collaborateur et ami, le Dr P. Hospital a publié, dans le *Petit Clermontois* (numéro du 9 janvier 1889), un intéressant article qui lui a été inspiré par le fait d'un fou furieux, ayant mordu cinq personnes qui voulaient l'arrêter. Cet exemple lui en a rappelé un grand nombre d'autres qu'il a pu relever dans son service et dont il cite quelques-uns :

« En 1866, un surveillant de Sainte-Marie a le pouce profondément entaillé, par un malade.

En 1873 : Le sieur X..., quarante-cinq ans, sculpteur, se mord la langue et les lèvres ; on est obligé d'inventer un appareil spécial en cuir, pour éviter qu'il ne se dévore !

En 1883 : Homme-dément, s'enlevant la phalange de l'index d'un coup de dent, et l'avalant !

En 1885 : Aliénée de quarante-huit ans, mordue à la face, érysipèle consécutif, mort. — Panari violent, suite de morsure ; guérison lente ; déformation.

En 1886 : Plusieurs morsures, dans des rixes entre malades ; mains, doigts, pommettes atteints. — Maniaques se coupant volontairement la langue, entre les arcades dentaires.

En 1887 : Morsure de l'avant-bras, de femme à femme ; point sphacélé ; guérison longue. — Homme de cinquante-cinq ans, pris de frénésie ; il se lacère les lèvres à coups de dents, et s'enlève par le même procédé, sans ressentir la moindre douleur, la moitié d'un doigt. Guérison très lente, et avec ankylose. — Infirmier ayant le pouce pris, et entaillé. — Femme laissant le lobule auriculaire dans le râtelier d'une autre qui l'avale, etc. »

L'auteur fait suivre l'énumération de ces faits par les quelques considérations suivantes :

« On observe, malheureusement souvent, ces faits chez les aliénés ; tantôt c'est en se débattant qu'ils atteignent leurs nosocomes ; tantôt c'est au moment où l'on s'y attend le moins, par exemple : pour examiner la langue, la bouche, le pharynx, en

essayant de les alimenter de force. D'autres se mordent et se mutilent, sous l'incitation d'idées erronées qu'il n'est pas toujours facile de découvrir. Je ne parle pas, ici, des morsures involontaires à la langue, pendant des accès névropathiques.

« Pour éviter d'être victime de pareils accidents, il faut bien connaître ses malades, prendre beaucoup de précautions, ne pas aller à l'étourdie, et n'approcher de la bouche du malade qu'avec circonspection. Si on est *piné*, il faut employer le lavage et le poussement antiseptique. Dans les grands asiles, il n'est pas rare d'y constater la présence de huit ou dix *mordeurs*; plusieurs d'entre eux déchirent, avec leurs dents, leurs habits, pèlerines de cuir, objets à leur portée; quand on vous en a prévenu, faites-en votre profit.

« Il est une autre classe de morsures humaines, dont j'ai observé plusieurs cas, mais qu'il serait trop long de traiter ici, ce sont celles qui ont trait à l'hydrophobie, ou à l'hypothèse de son existence, tout au moins. Pour plus de renseignements sur ce sujet, je renvoie le lecteur, à mon article intitulé : « Rage et folie » (in *Bulletin de l'Académie de Clermont-Ferrand*, 1887), où cette question, avec observations à l'appui, est traitée avec détails. »

LE MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (suite).

Sous ce titre, notre excellent ami, le Dr Hospital, a publié dans les *Annales* plusieurs articles dans lesquels il énumère les nombreux attentats commis par les aliénés sur les médecins et les divers agents des asiles. A cette trop longue liste, je viens ajouter un fait personnel.

Le lundi matin, 1^{er} septembre, je prenais le service par intérim de mon collègue, le Dr Christian, parti la veille au soir en congé. Je terminais la visite de la deuxième division, quartier des tranquilles, lorsque le dernier malade, un nommé G..., me prenant par le bras droit, m'interpella vivement pour me demander sa sortie; j'avais à peine pu prononcer un mot qu'il me lança à la figure un violent coup de poing, sa main était armée d'un caillou. Le coup porta à quelques millimètres au-dessous de l'angle externe de l'œil gauche. Je puis dire que je l'échappai belle; j'en étais quitte pour une plaie, une forte ecchymose de la paupière inférieure, un gonflement très prononcé de la joue, et l'inconvénient de voir une moitié de la face passer par les diverses couleurs de l'arc-en-ciel. L'accident, je l'espère, n'aura pas d'autre suite.

La préméditation était certaine. D'ailleurs, d'après ce que j'ai appris depuis, ce malade, qui se plaint amèrement de sa séquestration, a confié à ses compagnons d'infortune qu'il frapperait, un jour ou l'autre, d'un coup de couteau le médecin qui

lui refusait obstinément sa sortie. Il est regrettable que ce propos n'ait pas été répété au chef de service, qui n'aurait pas manqué de prendre des précautions contre un malade aussi dangereux.

G... est entré, il y a huit mois, à la maison de Charenton, présentant tous les symptômes de la paralysie générale, ... sauf cette bienveillance dont on a voulu gratifier ce genre de malades. Je n'ai jamais eu à cette inaltérable bienveillance des paralytiques généraux ; je suis payé pour ne jamais m'y fier. — ANT. RITTI.

FAITS DIVERS.

Les frais de pension des aliénés. — *Le préfet de la Gironde contre le préfet du Nord.* — Dans le numéro de janvier 1890 (p. 174), nous avons parlé d'une réclamation formée par le préfet de la Gironde contre le préfet du Nord. Il s'agissait, comme on sait, d'une demande en remboursement de 18,000 fr. dépensés par le département de la Gironde, de 1841 à 1884, pour l'entretien, dans l'asile de Cadillac, d'un certain Provost, de Lille, frappé d'aliénation mentale, à Bordeaux, pendant son service militaire.

Le tribunal civil de Lille, saisi de la contestation, s'est déclaré incompétent.

Conseil général de l'Ain. — On lit dans le *Temps*, numéro du samedi 23 août 1890 : « Un incident s'est produit hier. Sur la proposition de M. Dupuy, conseiller général d'Oyonnax, et malgré l'opposition de M. Girerd, secrétaire général, remplaçant le préfet, qui a revendiqué, en s'appuyant sur la loi de 1838, le droit exclusif pour l'autorité administrative de surveiller les asiles d'aliénés, le conseil a élu une commission de cinq membres, pris dans son sein et ayant pour mission de se rendre compte des soins donnés aux malades par la congrégation de Saint-Joseph dans les établissements de Saint-Georges et de la Madeleine. »

Hallucination collective chez les enfants des écoles primaires de Berlin. — Nous reproduisons, d'après le *Temps* (numéro du dimanche 24 août 1890), le récit suivant : « Depuis quelques jours, le bruit s'était répandu parmi les enfants des écoles primaires de Berlin que des esprits apparaissaient dans les écoles et dans les églises de la capitale. Des élèves des écoles du nord-est de la ville prétendaient avoir vu, pendant des heures de classe, des hommes de feu, des têtes de mort, et ces apparitions avaient jeté une certaine panique parmi les jeunes filles qui fréquentent ces établissements. Le 20 août, à dix heures du matin, après la récréation, les élèves de l'école des filles, sise rue de la Paix, étant rentrées en classe, et l'instituteur Stittloff ayant commencé son cours, une des élèves poussa subitement

un cri strident : « Au secours ! Au secours ! La main du mort m'étrangle ! » Elle se précipita vers la porte ; toutes ses compagnes l'imitèrent.

« Les élèves des autres classes, entendant ce tumulte, furent prises de la même panique. Ce fut un sauve-qui-peut général. On ferma à la hâte les portes de la cour pour empêcher les enfants de s'enfuir dans les rues de la ville. Mais les mères, que le bruit de l'incident, rapidement répandu aux environs, avait attirées, forcèrent les portes d'entrée et emmenèrent les enfants, dont un grand nombre avaient reçu de fortes contusions ; plusieurs étaient évanouies. L'école est restée fermée depuis le 20. L'enquête a établi que l'enfant, cause de la panique, était assise près d'une fenêtre ouverte dont le vent agitait les rideaux. Les rideaux ont frappé l'enfant au visage : c'est ce mouvement qu'elle avait pris pour un attentat tenté par un esprit. »

ENSEIGNEMENT.

FACULTÉ DE DROIT DE PARIS. — M. le D^r Paul DUBUISSON, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, est autorisé à faire, pendant l'année scolaire 1890-1891, un cours libre sur la *détermination des caractères distinctifs de l'aliénation et de la criminalité*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. le D^r LANGLOIS, médecin en chef à l'asile de Maréville, est chargé, pour l'année scolaire 1890-1891, d'un cours complémentaire de clinique des maladies mentales.

ERRATUM.

A la liste des membres de l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France, publiée dans le dernier numéro, il faut ajouter M. le D^r LAPOINTE, médecin-directeur de l'asile d'Auxerre, qui en fait partie en qualité de membre fondateur.

Le Directeur-Gérant : ANT. RIVI.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS


Pathologie.

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LE
DÉLIRE DE PERSÉCUTION

Par le Dr H. DAGONET

(Suite et fin.)

*Délire de persécution systématisé (forme typique).
Maladie de Lasègue.*

Le délire de persécution systématisé est celui qui a été particulièrement décrit par Lasègue ; il mérite d'être conservé comme une forme remarquable d'aliénation mentale.

L'idée obsédante de persécution, les interprétations délirantes, les hallucinations de l'ouïe et les troubles de la sensibilité générale en sont les caractères principaux.

Ces caractères, qui souvent sont réunis, peuvent aussi se présenter à l'état isolé et indépendants les uns des autres.

Cette forme de délire a un mode d'invasion lent, elle présente au début une manière d'être et des signes difficiles à apprécier. C'est d'abord une inquiétude mal définie, que rien ne justifie, qui même surprend ceux qui en sont atteints. Puis on voit se développer consécutivement à l'idée délirante, dans la grande majorité des cas, les autres symptômes, les hallucinations de l'ouïe et les troubles de la sensibilité générale. Rarement les hallucinations de l'ouïe précèdent le délire, elles doivent en être considérées comme une conséquence et non comme la cause. Chez quelques malades, elles caractérisent presque à elles seules, avec les interprétations fausses, cette espèce de délire.

La systématisation ne tarde pas à se faire avec une cohésion plus ou moins forte, une logique plus ou moins serrée. La plupart des malades finissent par personnifier leur délire. Lasègue (1) a donné à cet égard quelques indications précieuses : la première, c'est que le plus souvent cette personnification du délire tient à une circonstance accidentelle et est basée sur un fait vrai, qui a motivé chez le malade son inimitié pour une personne déterminée. Une fois le point de départ établi, le persécuté ne l'abandonne jamais ; il s'impose pendant toute la vie, alors même que beaucoup d'autres faits plus importants viendraient s'y ajouter plus tard et motiveraient beaucoup mieux de sa part, des sentiments de haine, de rancune et de vengeance. Enfin une troisième remarque également faite par Lasègue, c'est que les faits qui donnent naissance à la personnification du délire, ne sont jamais des faits récents, mais remontent

(1) Dr P. Pottier, *Études sur les aliénés persécutés*, 1886, p. 21.

déjà à une date ancienne, que le malade retrouve dans sa mémoire, par suite d'un travail rétrospectif qui est le résultat d'une rumination lente et successive.

Nous résumons ci-dessous une observation remarquable de délire de persécution systématisé qui peut servir de type.

J. M... est âgé de cinquante-quatre ans. il est employé d'administration, c'est un homme d'une excellente conduite, intelligent et s'occupant depuis de longues années avec beaucoup d'exactitude de son travail de bureau.

Il était depuis cinq ans atteint de délire de persécution sans que personne autour de lui n'ait pu soupçonner l'état mental dans lequel il se trouvait. On lui avait fait, dit-il, la réputation de sodomiste. Les balayeurs de la rue tenaient une conversation bruyante avec la cuisinière du fonctionnaire dans le bureau duquel il travaillait, il entendait alors prononcer son nom et celui de X..., sa victime.

Les hallucinations de l'ouïe, qui se sont manifestées plus tard, n'étaient pas au commencement très nettes; c'était d'abord des bruits confus, puis des voix très claires, mais seulement lorsqu'il voyait certaines personnes, par exemple, les balayeurs. Dans les rues, les passants criaient : voilà le sodomiste.

Ces injures l'exaspéraient, mais il n'en faisait rien voir, il renfermait tout en lui-même, il croit qu'il aurait dû quitter le pays.

Il considérait le nommé X... comme un homme redoutable, qui lui faisait une réputation affreuse et qui pouvait attenter à sa vie; pour cette raison, il portait souvent sur lui un revolver chargé, quelquefois une canne à épée. Il ne pouvait apercevoir son ennemi sans être pris d'une émotion violente. Une fois, il le rencontre dans un endroit écarté; il s'est sauvé en rebroussant chemin. Il avait depuis longtemps pour ce nommé X... la plus grande antipathie; il prétend qu'étant enfant, il l'avait initié à des pratiques d'onanisme, qu'il avait même cherché une fois à exercer sur lui des pratiques de pédérastie.

Le jour du meurtre, J. M... allait à son bureau, il le rencontre sur son chemin, il avait sur lui son revolver chargé, alors il fut pris d'une violente surexcitation, il lui tire à bout portant tous les coups de son revolver, en lui criant : « Il y a

assez longtemps que la comédie dure, vous avez empoisonné le pays. »

Il n'avait rien prémédité, mais il ressentait de temps à autre comme des impulsions à se venger. Il a tiré tous les coups de son revolver sans savoir ce qu'il faisait.

Le crime accompli, il se rend lui-même au parquet où il trouve le procureur de la République, auquel il fait sa déclaration, et qui le fait conduire en prison. Il était redevenu calme, on voulait lui mettre les menottes, mais à sa demande le procureur l'en a fait dispenser.

Il est resté quelque temps en prison; puis, à la suite d'une ordonnance de non-lieu, on l'a placé dans un établissement d'aliénés.

Depuis ce moment, les hallucinations ont entièrement cessé; mais pendant plusieurs mois, il est resté dans un état de complet anéantissement, découragé, démoralisé, pensant à sa situation, à son avenir.

Puis il est revenu à son état normal. Il croit qu'il a dû être le jouet d'un délire, il s'était figuré à tort qu'on riait de lui, mais il ne peut concevoir comment il entendait parler contre lui, il ne peut se l'expliquer et rien y comprendre, puisqu'il a parfaitement entendu... Il ne s'explique pas davantage quel intérêt on pouvait avoir à lui jeter des sarcasmes à la figure, les balayeurs n'en avaient évidemment aucun, mais il y avait une notoriété, et on pouvait sans intérêt lui prodiguer ces injures. Les a-t-il entendus en réalité, ou sous l'influence d'un délire, c'est pour lui au-dessus de son appréciation. Il était persuadé du reste que sa fâcheuse réputation était faite dans toute la ville, et que les balayeurs n'en étaient que l'écho.

Il ne regrette pas ce qu'il a fait, il n'a aucun remords. Il n'y a pas à craindre qu'un pareil fait se renouvelle, le cas ne peut plus se présenter, puisque le nommé X..., son calomniateur est mort; s'il vivait encore, on pourrait avoir quelque appréhension.

Et en effet, J. M... a été remis en liberté, il est mort en 1889, d'une affection incidente, et, depuis l'époque où le crime a été commis, pendant quatorze ans, on n'a plus observé chez lui le moindre trouble intellectuel. C'était un homme d'un caractère doux et toujours disposé à rendre service.

Le délire de persécution semble, dans quelques cas, reposer entièrement sur des hallucinations de l'ouïe,

souvent très intenses, en dehors desquelles on n'observe pas d'autres symptômes prédominants. C'est un délire hallucinatoire, mais à forme de persécution. L'observation suivante nous a paru intéressante sous ce rapport.

J. est, *depuis vingt ans*, atteint de cette forme de délire de persécution avec périodes d'exacerbation. Il ne cessait d'avoir des discussions avec les voisins, entendait des voix; on l'insultait dans la rue, il ouvrait la fenêtre de sa chambre pour répondre aux voix qui l'injuriaient. Est-il permis à quelqu'un, écrit-il, de vous suivre partout où vous allez, pour vous faire mépriser, d'aller jusque chez le patron? Je ne peux passer nulle part sans être insulté, mes voisins trouvent la chose plaisante, et sont tous les premiers à guetter ce qui se fait chez nous pour ensuite le faire répéter à voix basse par le premier passant venu. Ils sont allés chercher toute ma vie et malheureusement j'ai fait une sottise, c'est avec cela qu'ils me tiennent vis-à-vis de ma femme. Ils disent qu'ils ont pitié de moi, je trouve épouvantable leur pitié, qui consiste à vous déshonorer, à ne pas vous laisser un moment de repos.

On le traite d'assassin, de lâche, de misérable. Ce sont les nommés Beaugrand et Mirareou qui sont contre lui; il a inutilement changé de logement pour se soustraire à leurs persécutions. On place exprès un individu pour frapper après le mur. Même les amis qu'il invite à dîner le traitent de lâche; on le blague continuellement. Les voisins poussaient le raffinement jusqu'à prendre des cordes d'archet dont les sons aigus l'énervaient; on le poussait à se donner un coup de pistolet.

L'observation suivante a pour caractères les symptômes d'une grande perversion morale et la possibilité pour le malade de dissimuler son délire. Elle peut rentrer dans la catégorie des persécutés raisonnants décrite par Falret, qui présentent au plus haut degré la manie des querelles, le besoin de se plaindre et d'accuser, chez lesquels on rencontre en un mot les actes délirants et l'intégrité de l'intelligence en dehors du délire. (Voir Ritti, *op. cit.*, p. 365.)

F... vient de Charentou; le D^r Calmeil expose dans son certificat, « qu'il présente tous les signes du délire mélancolique le plus actif; il est dominé par des idées d'empoisonnement, par des hallucinations de l'odorat et de l'ouïe qui égarent son jugement, et qui lui persuadent que ses plus proches parents se concertent pour attenter à son existence; qu'il dépeint dans les paroxysmes d'exaltation les supplices qu'on lui fait subir, tandis qu'en réalité sa malheureuse femme a été vingt fois victime de ses violences, *qu'il peut dissimuler les caractères de sa maladie avec habileté*, mais qu'il est des périodes où son délire l'emporte sur sa dissimulation et où il raconte tout haut les souffrances qu'il endure. »

Ce malade, en effet, nous raconte qu'on cherchait à l'empoisonner; sa femme, ses filles mettaient des substances nuisibles dans le vin de quinquina qu'il préparait lui-même; elles se refusaient à en boire, ce qui a naturellement confirmé ses soupçons. Elles complotent contre lui et l'ont fait enfermer parce qu'il voyait bien ce qui se passait et qu'il ne pouvait le tolérer. Les médecins ont donné des certificats de complaisance, cela est facile, avec de l'argent on peut tout.

De tout temps il a tourmenté sa famille, faisant des accusations ignobles, était dangereux pour ses enfants, surtout pour sa femme qu'il frappait sans cesse, fermait à cadenas les portes et les fenêtres, enfermant ses enfants des heures entières pendant qu'il sortait; prétendait qu'on avait retiré le mastie des carreaux pour laisser entrer un homme, devenait violent, prenait à la gorge sa femme, ses enfants, manifestait les sentiments de la plus violente jalousie, prétendait que sa plus jeune fille faisait venir des hommes pour sa femme. Était jaloux de son fils, prétendant qu'il était débauché par sa mère, a failli le tuer en lui jetant un marteau à la tête. Il était d'un caractère dissimulé et faisait preuve d'une grande perversion morale.

Nous pourrions multiplier à l'infini ces exemples de délire type systématisé de persécution, les annales de la science en renferment un nombre considérable; ils sont trop connus pour que nous croyions devoir insister plus longtemps à ce sujet.

Délire de persécution, forme mégalomaniac.

Le délire de persécution peut s'associer à des idées ambiieuses ; cette association constitue dès lors une forme complexe dont nous nous bornerons à résumer succinctement les caractères.

Dans quelques cas, on voit apparaître des idées ambiieuses en même temps que se développe le délire de persécution et persister indéfiniment avec lui ; mais, comme le remarque Schüle, p. 152, on observe plus souvent comme modification clinique importante du délire des persécutions l'adjonction du délire ambitieux à la dépression ou la substitution de celui-là à celle-ci. Les sentiments dépressifs se transforment en sentiments expansifs ; les idées d'oppression et de persécution deviennent des idées de grandeur.

On bien, dit Schüle, le délire ambitieux succède à un délire de persécution plus ou moins prolongé, ce dernier disparaissant entièrement. Les idées anciennes s'effacent, le malade est régénéré, il abandonne son ancienne personnalité.

On bien les douleurs anciennes et les joies nouvelles existent ensemble et se disputent la prédominance qui passe des unes aux autres. Mais il est à remarquer que le délire des persécutions prédomine généralement.

Les deux phases peuvent alterner ; un délire de persécution périodique alterne avec un délire ambitieux également périodique.

L'adjonction du délire ambitieux est, suivant Schüle, le signe d'une haute gravité, sinon de l'incurabilité.

Quelquefois la période ambiieuse revêt la forme d'un accès maniaque intense avec troubles vasomo-

teurs, on voit alors arriver plus rapidement la déchéance intellectuelle. (V. Schüle, *loc. cit.*, p. 150 et suiv.)

Quoi qu'il en soit, cette transformation du délire de persécution est loin d'être la règle ; elle constitue seulement une forme particulière et une complication ; on peut la rencontrer dans le cinquième environ des cas de délire de persécution.

Cette complication ne donne pas lieu d'habitude à une évolution plus rapide de l'affection mentale avec tendance à la démence. Nous avons dit que cette tendance se montre surtout, lorsque le délire expansif s'accompagne, par exemple, d'une agitation maniaque violente avec troubles vasomoteurs plus ou moins intenses.

En dehors de ces cas particuliers, cette forme complexe, ce mélange d'idées ambitieuses et de délire de persécution n'aboutit pas plus vite à un état de démence que le type pur du délire systématisé de persécution. Nous citerons des observations de malades qui pendant quinze, vingt ans, ont présenté cette association, ce double délire sans avoir offert pendant cette longue période d'autre modification au point de vue intellectuel.

C'est chez eux un mélange curieux de préoccupations tristes et d'idées de grandeur, de sentiments contraires de satisfaction et de dépression morale. Les hallucinations de l'ouïe les entretiennent à la fois dans leurs préoccupations ambitieuses et leurs idées de persécution ; au fond, c'est la souffrance morale qui domine. L'individu n'a pas ce contentement et cette exubérance fonctionnelle qu'on remarque chez les véritables mégalomanes, il reste plutôt déprimé, se plaignant des persécutions auxquelles il est en butte et qui l'empêchent de jouir des privilèges auxquels sa fortune, sa haute naissance et sa grande intelligence lui donnent droit.

Il est malheureux au milieu de ses grandeurs, c'est le supplice de Tantale ajouté à tant d'autres qu'il subit.

Certains accès présentent aussi, suivant Schüle, une marche intermittente très remarquable : la maladie revêt d'abord la forme du délire de persécution ou du délire ambitieux, le sujet redevient normal après un temps assez court, et peut quitter l'asile étant guéri ou amélioré. Puis se produit une rechute de durée plus longue, mais le malade peut encore guérir ou s'améliorer. Ce cycle peut être parcouru plusieurs fois, l'affection devenant toujours plus sérieuse et plus longue, et enfin incurable.

Les observations suivantes nous ont paru assez intéressantes pour mériter d'être rapportées avec quelques détails.

F... est placé à l'asile Sainte-Anne en 1879. Le certificat du D^r Legrand du Saulle, médecin de la Préfecture de police, constate qu'il est atteint de délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe. Récriminations contre le gouvernement, les hauts fonctionnaires de l'État, les francs-maçons et les filles publiques. Interprétations erronées. Complots contre lui, propagation de fausses nouvelles pour le perdre. Menaces de mort et désir de faire un exemple afin d'être écouté et protégé par la police. Lettres à l'autorité. Conceptions délirantes sinistres, communiquées à sa femme.

Le D^r Magnan, dans le certificat d'admission, constate qu'il est atteint de délire chronique avec idées de persécutions et idées ambitieuses; on l'injurie, il y a un complot contre lui, la franc-maçonnerie le poursuit. *Il a un nouveau mécanisme financier qui produira des milliards, inventions nombreuses, etc...*

Le malade présente un exemple des plus remarquables de délire de persécution avec mélange d'idées ambitieuses.

Il nous explique qu'il est une victime des complots les plus affreux. Les francs-maçons, les filles publiques agissent contre lui; la police a fait un coup de force en le faisant passer comme aliéné... Tout le monde connaît son affaire, on dit qu'on le

poursuivra jusqu'à ce qu'il soit réduit au désespoir, au suicide... Les boutiquiers de son quartier voulaient faire une révolution en sa faveur; les journaux, le *Siècle*, la *Liberté*, le *Figaro*, n'ont pas voulu insérer ses réclamations. Le commissaire de police n'a pas voulu agir pour ne pas compromettre ses amis et de hauts fonctionnaires. *Il a fait des inventions, il a inventé une boîte électorale pour empêcher la fraude pour le vote*, les franc-maçons lui ont fait concurrence pour cette invention; il s'est occupé d'amélioration des chemins de fer, du classement des lignes, *il aurait pu gagner beaucoup d'argent*, etc...

Sa femme, dont nous recevons la visite, est atteinte du même délire de persécution que son mari. Elle répète les mêmes choses, elle entend dire toutes sortes de paroles contre elle, elle se croit poursuivie, on dit des calomnies contre elle; elle ajoute que depuis douze ans on la persécute, elle et son mari, c'est-à-dire depuis 1867.

Le malade fait remonter lui-même sa maladie à l'année 1867; à cette époque, dit-il, un complot a été formé contre ma femme et contre moi au commencement de 1867, par une société secrète de franc-maçonnerie, lorsque nous habitions la rue Saint-Honoré. Le jour de notre départ de cette maison, nous avons appris par le portier que la franc-maçonnerie nous poursuivrait partout où nous irions, jusqu'à ce que nous soyons réduits à la misère, au désespoir et au suicide. Ce sont les paroles textuelles du portier, toutes les menaces ont été tenues. On faisait partout le mystère autour de nous pour que nous ne sachions rien. Depuis 1867, on a *anéanti tous mes travaux* qui étaient ma propriété, on m'a empêché de travailler par tous les moyens possibles, on nous a insultés, ma femme et moi, jusqu'à la dernière limite. On nous a ruinés et on nous a réduits à la dernière extrémité. Depuis le commencement de cette persécution, j'ai lutté et je me suis adressé constamment à la justice qui n'a jamais voulu faire son devoir; — tous les droits étaient pour nous. Je ne veux donner aucun détail sur cette persécution connue de tout Paris, tout le monde dit que jamais pareille chose ne s'est vue. C'est assez dire que cette affaire est compliquée. Je dirai seulement qu'à la tête de cette persécution se trouvaient la franc-maçonnerie, le jésuitisme, la haute et basse police, principalement celle du Ministère de l'Intérieur sous l'Empire et mon infâme famille. La justice est restée jusqu'à cette heure la complice de tous les scélérats. J'ai

écrit à tous les pouvoirs publics sans jamais avoir pu obtenir aucune solution satisfaisante. Arrivé à la dernière limite, lorsque la persécution se faisait publiquement dans la rue, j'envoyai un mémoire de toute cette persécution à M. le Président de la République et à M. le Ministre de la justice. A la fin de ce mémoire je disais : Si la justice ne veut pas faire son devoir, je me ferai justice moi-même, comme c'était mon droit, car j'étais dans ma légitime défense. Alors j'ai été arrêté et conduit à Sainte-Anne, quoique j'aie toujours joui de toute ma raison.

C'était un nouveau crime ajouté à tous les autres. On voulait, par ce moyen infâme, me déshonorer pour toujours et m'empêcher de poursuivre tous les coupables. Un fou n'a pas le droit de poursuivre devant les tribunaux, disaient ces misérables. La persécution a toujours continué contre ma femme avec une audace inouïe. Depuis que je suis à Sainte-Anne, je n'ai cessé d'écrire au parquet et à tous les pouvoirs publics pour faire poursuivre toute cette persécution. — Ma femme et moi, nous n'avons qu'un but : faire poursuivre devant les tribunaux tous ceux qui ont agi contre nous, *sans distinction de personnes*, et le plus vite possible; — puisqu'il y a complot, c'est la justice qui doit poursuivre directement tous les coupables. Il y a deux choses bien distinctes dans notre affaire, qui sont : l'affaire criminelle et l'affaire civile; c'est-à-dire la punition des coupables et les indemnités auxquelles nous avons droit. Depuis le 12 septembre 1879, je subis une détention illégale et arbitraire à Sainte-Anne.

F... proteste contre sa détention, il envoie sa protestation à la Chambre des députés; il reçoit en 1884, par la présidence de la Chambre, l'extrait suivant du rapport fait à la Chambre par M. Leporché :

« Le sieur F... proteste contre sa détention dans une maison de santé... Bien que les termes mêmes de la pétition du sieur F... semblent indiquer la plus grande exaltation d'esprit et bien qu'elle contienne à l'adresse de la Chambre et du gouvernement républicain les plus grossières injures, la vingtième commission des pétitions, considérant qu'il n'est rien de plus sacré que la liberté individuelle et qu'on ne saurait prendre trop de précautions pour la faire respecter, estime qu'il y a lieu de renvoyer la pétition du sieur F... à M. le Ministre de la Justice. »

Sa femme s'est empoisonnée au mois de juin 1884; les

visites qu'elle lui faisait exerçaient, comme nous l'avons dit plus haut, une grande influence sur lui; elles l'entretenaient particulièrement dans ses idées de persécution. Depuis ce temps, le délire ambitieux s'est accentué davantage, mais les idées de persécution n'en persistent pas moins.

Ce qui le préoccupe surtout en ce moment (décembre 1889), c'est le désir d'obtenir une récompense nationale. C'est à lui que l'on doit l'annexion de la Tunisie à la France. « La France, écrit-il, ne doit la Tunisie qu'à moi; j'ai fait en 1878 un grand travail de politique internationale intitulé : Transformation des États d'Europe pour obtenir la paix perpétuelle.

J'ai déposé mon travail (qui avait 150 grandes pages) au Ministère des affaires étrangères. En même temps, je déposais à toutes les ambassades une lettre pour donner avis du dépôt de mon travail au Ministère des affaires étrangères de France.

Grâce à ces utiles précautions, mon travail est arrivé au milieu du Congrès de Berlin, il va sans dire qu'il a fait un effet extraordinaire. Il ne suffisait pas de faire un programme bien détaillé de la transformation des États d'Europe, il fallait encore le faire exécuter. Je n'ai trouvé que deux hommes capables de remplir cette lourde tâche. Ces deux hommes étaient l'empereur Guillaume et le prince de Bismarck; je les ai nommés dans mon travail les exécuteurs de mes œuvres, c'est pour cela que toute la politique part de Berlin.

Depuis le Congrès de Berlin, la France s'est emparée de toutes les colonies indiquées par moi dans mon travail.

J'avais indiqué la Tunisie, la grande île de Madagascar et l'agrandissement de la Cochinchine.

Toutes ces prises de possession se sont faites sans l'opposition des nations européennes, car tout était convenu d'avance. »

Nous ne voulons pas entrer dans de plus longs détails sur cette observation déjà trop longue.

En résumé, ce malade est atteint *depuis trente-trois ans* d'un délire de persécution avec conceptions ambitieuses. Il est aujourd'hui âgé de soixante-cinq ans, ses facultés ne se sont pas affaiblies. En effet, ses idées sont bien coordonnées, ses lettres parfaitement rédigées, elles

sont logiques en admettant le point de départ auquel il se place, seulement les conceptions ambitieuses prédominent aujourd'hui sur les idées de persécution ; celles-ci ont diminué à la suite de la mort de sa femme qui partageait absolument ses convictions et dont les visites venaient réveiller chaque fois avec une nouvelle intensité les idées de persécution.

Les idées ambitieuses paraissent s'être manifestées en même temps que les idées de persécution, du moins on en aperçoit le germe dans les premières manifestations du délire de persécution, particulièrement à son entrée à l'asile Sainte-Anne.

L'observation suivante vous montre un délire de persécution mégalomane avec excitation maniaque et accès intermittents.

X... est entré en 1885 à l'asile Sainte-Anne ; à cette époque, il était atteint de délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe. Il se disait parent d'un maréchal de France dont il portait le nom ; si son fils avait vécu, il aurait pu rendre à la France l'Alsace-Lorraine. Il est *depuis vingt ans* l'objet de l'animosité d'un inspecteur de l'université qui l'aurait empêché d'obtenir les situations auxquelles il aurait droit, qui serait même la cause de la mort de son enfant. Il est animé du désir de se venger contre cet inspecteur. Celui-ci est l'Antéchrist, le génie du mal, c'est un homme vendu à la Prusse. Lui, au contraire, est le génie du bien, il est destiné à rendre à la France ses provinces perdues. Il est l'incarnation de quelque grande personnalité disparue, celle de Moïse ou de Jésus, il ignore laquelle.

Il sait « qu'il périra victime de l'Inspecteur » ; il sera accusé des plus noirs méfaits, jeté en prison et guillotiné. Alors seulement ses compatriotes ouvriront les yeux et comprendront quel homme il était. Il sera trop tard, son ennemi aura triomphé. La France sera rayée de la carte du monde.

Il a des moments de violente excitation intellectuelle pendant lesquels il se montre fort dangereux. Il dit alors qu'il personnifie le patriotisme, tandis que l'inspecteur personnifie

l'infamie; ce dernier avait déjà prédit la guerre en 1866 et avait eu une entrevue avec Bismark.

A cette époque, 1866, un de ses collègues, instituteur en Alsace, lui avait déclaré que l'esprit de l'inspecteur et le sien étaient antagonistes et tous deux irréconciliables et qu'à un certain moment il faudra se résoudre à l'anéantissement de l'un des deux.

En effet, a ajouté son collègue, l'inspecteur est l'Autéchrist, son esprit est Lucifer, tandis que le sien est l'esprit saint, c'est-à-dire l'esprit qui agit conformément à la nature. Il est l'esprit d'amour, de vie, de liberté, de justice; l'esprit de l'inspecteur est celui d'incrédulité, de haine, de despotisme, d'iniquité et de mensonge.

Cet inspecteur lui a nui dans toute circonstance, le forçant à agir contrairement à ce qui eût été son bonheur. Il lui a fait épouser une femme qui était aimée par un autre.

X... a présenté, pendant plus d'une année qu'il a été observé à l'asile Sainte-Anne, ce même mélange d'idées d'orgueil et de persécution, avec des périodes de rémission presque de guérison, succédant à des moments d'excitation violente. C'est dans ces conditions qu'il a été transféré à l'asile de Caen en 1886.

Depuis il est revenu à Paris, à la demande de sa famille, et transféré à l'asile de Villejuif.

Le certificat de sortie délivré à la date de 1887 par le médecin de la maison de santé de Caen, portait qu'il était atteint de manie orgueilleuse avec idées de persécution.

Un délire n'a pas été remplacé chez lui par un autre, mais le mélange des idées ambitieuses et de persécution, qui paraît s'être manifesté dès le début, a continué jusqu'à présent à présenter les mêmes caractères de manie orgueilleuse et de dépression avec idées de persécution.

L'observation suivante présente également un exemple curieux de ce mélange d'idées de grandeur et de persécution, qui paraît avoir caractérisé dès le début l'état d'aliénation mentale.

B..., entré en décembre 1870, est décédé de phtisie pulmonaire en mars 1871. Le certificat de la Préfecture, signé par le Dr Lasègue, porte la mention suivante : « Délire de persécution avec idées ambitieuses confuses. Prétendues tentatives

d'empoisonnement dont il est victime, menaces à sa femme et aux voisins. Parenté imaginaire avec l'empereur et les princes d'Orléans. » On observe chez lui des hallucinations de l'ouïe et des troubles de la sensibilité générale; on cherche à l'empoisonner; on l'observe pour glisser dans ses aliments des substances malfaisantes qui provoquent des douleurs et le font vomir. On cherche à se débarrasser de lui pour s'emparer de ses biens et peut-être à cause de sa haute naissance. B... est atteint de phtisie pulmonaire; — son délire remonterait déjà à plusieurs années. Il se plaint qu'on fait tout pour l'empêcher de réussir, on lui fait le contraire de ce qui était convenu. Les avoués lui envoient des lettres incompréhensibles, l'ancien gouvernement a été la cause de toutes ces intrigues, sa femme était de connivence avec ses ennemis. Il croit qu'il porte ombrage au gouvernement. Il s'aperçoit à la figure des gens qu'on a l'intention de le tourmenter; il reconnaissait même à la Conciergerie, où il a été enfermé, certaines figures de connaissance. On se servait pour agir sur lui de procédés chimiques, un jour même sa femme en était devenue jaune et ne pouvait plus respirer; on lui faisait ressentir des commotions électriques. Il est parent du duc d'Orléans et c'est la cause pour laquelle on le persécute; à la Conciergerie, le médecin lui a fait comprendre par signes que cela était vrai.

Cet homme, dont le frère a été aliéné, avait été prêtre et avait quitté la carrière ecclésiastique pour se marier; au dire de sa femme, il était dérangé depuis longtemps et a manifesté de tout temps à la fois des idées de méfiance et de richesses. Il a succombé aux suites de sa phtisie pulmonaire.

Il signe du nom de Comte de Paris les lettres qu'il adresse à sa femme. — « Tu es Comtesse de Paris, chère épouse, tu le mérites bien. Je compte venir te voir incognito, en compagnie du D^r X... Je dis incognito, pour éviter toutes ces démonstrations qui me suivaient sans cesse dans la Ville de Paris. Je viendrai en voiture découverte, n'ébruïte pas la chose. Mon unique but dans cette visite est de te voir après une absence de plus d'un mois et de voir notre cher enfant, le prince Ferdinand.

« Je suis toujours à l'Infirmerie, le corps quasi brisé par tous ces traitements ridicules, mais je trouverai encore assez de force pour aller voir M^{me} la Comtesse ainsi que le prince Ferdinand. »

B... a été traité nombre de fois pour le même délire, dit le

professeur Lasègue, il est atteint de mélancolie avec idées de persécution systématisées. »

On observe chez lui des idées de grandeur, des troubles de la sensibilité générale et des interprétations délirantes dans le sens de son délire de persécution, réaction morale tantôt triste, tantôt gaie.

Il a composé un manuscrit très remarquable sur les intrigues auxquelles il est en butte, et c'est pourquoi les francs-maçons qui le persécutent lui en veulent davantage. On est surtout jaloux de lui, parce qu'il a écrit une méthode d'une importance considérable sur les chiffres décimaux, elle pourrait lui rapporter plus de 100 millions.

Il se plaint d'être persécuté par les francs-maçons qui lui envoient des douleurs névralgiques à la région du cœur, du ventre. Son sommeil est factice, interrompu par eux ; la nuit, ils le font tomber de fatigue, on lui fait ressentir des aigreurs d'estomac, on pousse la cruauté jusqu'à lui procurer des érections, etc...

F... est âgé de vingt-cinq ans. Idées de persécution et de grandeur, délire datant de plusieurs semaines. Hallucinations de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale, interprétations délirantes, on veut le faire mourir et tout cela, dit-il, parce qu'il a du génie. Des chimistes le poursuivent d'hôtel en hôtel, ils l'électrisent, ils lui font sentir des piqûres sur tout le corps, on lui fait sentir des odeurs désagréables. La chimie a le pouvoir de retirer les facultés, on lui enlève la mémoire. Ses ennemis le poursuivent parce qu'il a du génie et qu'il fait des poésies. Il voit les rayons qui proviennent de l'électricité. Il accuse son tuteur de payer la maîtresse d'hôtel pour l'empoisonner. Il veut servir le peuple, être orateur dans les clubs, se croit beaucoup de capacités. Se montre, du reste, peu communicatif.

Nous ne multiplierons pas davantage ces observations qui ne seraient après tout qu'une répétition des mêmes idées. Nous nous bornerons à remarquer, avec le D^r Schüle, que le délire systématisé ambitieux ou dépressif s'établit d'habitude presque d'emblée, si même il était général et vague au début ; dans la mélancolie, au contraire, le délire est secondaire. Le délire systématisé ambitieux est ordinairement précédé d'idées dépressives qui son-

vent forment un stade bien net, qui peuvent même constituer un délire de persécution; puis brusquement le malade passe dans le stade expansif; vers la fin de la maladie, ajoute Schüle, il est fréquent de voir ces deux formes se remplacer successivement. (*Loc. cit.*, p. 127.)

Nous devons encore mentionner les considérations intéressantes que Snell donne à ce sujet.

Dans une communication faite à la Société des aliénistes, à Hanovre, sur les idées d'orgueil dans le délire systématisé (Paranoia), il constate que les aliénistes finissent par admettre de la même manière la nature primitive du délire systématisé et le développement des idées d'orgueil à côté des idées de persécution.

Il pense, d'après son expérience, que dans la paranoia bien établie, les cas où les idées de grandeur manquent absolument sont exceptionnels (nous avons dit que nous ne les trouvions, au contraire, bien accentuées que dans le cinquième environ de tous les cas de délire de persécution); mais il y a de grandes différences, suivant la période où ces idées se produisent.

Dans les cas rares, suivant lui, où ces idées de grandeur de la paranoia font défaut, il cite deux exemples, l'un d'une durée de vingt ans, l'autre de trente-cinq ans de maladie.

Suivant lui aussi, les cas sont également rares où les idées ambiieuses se montrent simultanément et dès le début avec les idées de persécution. Il cite une observation où ces deux ordres d'idées délirantes se sont produites en même temps depuis sept ans et avec la même intensité.

Il cite encore deux observations où les idées ambiieuses s'étaient produites au début de l'affection avec les idées de persécution, puis les idées ambiieuses ont disparu complètement pour reparaitre plus tard, dans un cas un an après, dans l'autre trois ans après, avec une

intensité plus grande et à côté des idées de persécution.

Ordinairement les idées ambitieuses se produisent plus ou moins longtemps après, à côté des idées de persécution. Il y a des observations où les idées ambitieuses se sont surajoutées aux idées de persécution après sept mois, cinq ans, six ans, sept ans et même dix-huit ans.

Des idées ambitieuses seules, sans idées de persécution, comme on les voit dans la paralysie générale, n'ont jamais été observées dans la paranoïa par l'auteur. (*Neurol. Centralblatt.*, p. 310, 1^{er} mai 1889.)

La forme d'aliénation mentale désignée sous le nom de mégalomanie par Foville et d'autres auteurs, renferme nombre d'exemples d'aliénés atteints de délire ambitieux chronique, chez lesquels on n'observe que bien rarement des états de dépression et les idées de persécution qui en sont la conséquence. Enfin, il ne faut pas oublier que sous cette désignation de paranoïa, les auteurs allemands comprennent le délire systématisé qui se caractérise par les manifestations délirantes les plus variables, les idées hypocondriaques, le délire dépressif sous ses différentes formes, religieux, érotique, la stupeur, le délire expansif. (V. Schüle, *loc. cit.*, p. 125, *op. cit.*)

Stupeur avec délire de persécution.

Tout le monde connaît les travaux de Baillarger sur la stupeur. Cet auteur a démontré que dans cet état les facultés cérébrales n'étaient pas toujours suspendues, comme on le croyait généralement, mais que dans le plus grand nombre des cas l'exercice des facultés était conservé et que l'on constatait alors des idées délirantes de nature triste, et un délire sensorial plus ou moins en rapport avec des idées délirantes.

Lorsque le délire forme en quelque sorte le terrain sur lequel repose cet état de stupeur, les malades pré-

sentent une physionomie caractéristique qui indique bien la disposition d'esprit dans laquelle ils se trouvent. Les traits sont contractés, le regard profondément triste dénote, par l'animation qu'il présente, l'action persistante de la pensée. La conscience du trouble qui se passe en eux persiste la plus souvent, et plus tard ils peuvent donner des explications sur les sensations qu'ils éprouvaient et l'espèce d'automatisme et d'impuissance à laquelle ils étaient réduits.

Cet état de conscience éprouve du reste des oscillations que Schüle a signalées. Tantôt, dit-il, il y a absence complète de perceptions, tantôt, au contraire, la conscience est troublée et elle est le jouet d'illusions qui font croire au malade les choses les plus singulières. Les états de conscience peuvent alors se transformer d'une minute à l'autre. Ce sont quelquefois des impressions immédiates, qui, appréciées fausement, déterminent la production des idées erronées et des associations fausses ; ou bien des illusions d'un ou de tous les sens, ou des troubles de la sensibilité générale mêlés à des souvenirs isolés et incomplets qui viennent diriger l'intelligence malade ; la personnalité est dominée tout entière par des sentiments vagues, des obsessions, des désirs insensés et des impulsions étranges. L'individu ressemble à un automate et obéit à des réflexes instinctifs.

Un délire systématisé de persécution intense est quelquefois au fond de cette disposition d'esprit ; l'observation suivante mérite d'être reproduite sous ce rapport.

J... est sorti par guérison de l'asile Sainte-Anne en 1870, après neuf mois de traitement. Il avait été amené après avoir fait plusieurs tentatives de suicide. Il présente à son entrée les signes d'un état de profonde stupeur ; il est impossible de fixer son attention et d'obtenir de lui la moindre réponse aux questions qu'on lui adresse. Peu à peu il s'améliore, et il nous expli-

que alors qu'il se sentait comme maîtrisé; il lui semblait qu'on lui écrasait l'estomac, il ne sait pas ce qui lui est arrivé et comment il est arrivé à l'asile. Il se croyait perdu, il s'imaginait que la police était après lui, on lui reprochait d'avoir mal parlé de certaines personnes; on se moquait de lui; il y avait une dame Testois qui lui faisait entendre toutes sortes de choses; il entendait des voix qui lui disaient qu'on allait le tuer; on l'accusait d'avoir dit du mal des religieuses qui le soignaient, etc...

Hypocondrie et délire de persécution.

L'hypocondrie présente avec le délire de persécution de nombreux points de contact. On comprend donc cette association que l'on rencontre chez un certain nombre de ces malades d'idées hypocondriaques et de persécution et quelquefois de préoccupations ambitieuses.

L'hypocondrie, on le sait, a pour caractère une préoccupation incessante de l'individu au sujet de sa santé; c'est la terreur extrême d'être affecté de maladies qu'on juge dangereuses, incurables, susceptibles de conduire au tombeau; ceux qui en sont atteints, ne sont occupés qu'à lire au fond d'eux-mêmes ce qui s'y passe pendant les opérations de la vie matérielle. Cette préoccupation constante de soi-même finit par procurer à l'individu des sensations qu'il n'éprouve pas et à lui faire croire qu'il est réellement ce qu'il redoute d'être (Michéa).

Comme dans le délire de persécution, on observe dans l'hypocondrie les troubles de la sensibilité générale plus ou moins accentués, comme les appelle Dubois (d'Amiens), les névroses variées des différentes fonctions: du côté des voies digestives, dysphagie, gastralgie, entéralgie; pour les organes de la respiration et de la circulation, palpitations, dyspnée, battements des artères, etc.; pour les organes des sens, bourdonnements, détonations, éblouissements; enfin, on rencontre d'autres sensations générales, inertie, accablement, faiblesse,

entrave subite à l'exercice des fonctions intellectuelles, etc.

L'idée obsédante engendre également les interprétations délirantes les plus bizarres, toujours en rapport avec la préoccupation qui domine les malades : tout leur cause un agacement nerveux, ils prétendent que leur cerveau est gelé, liquéfié, réduit en bouillie, etc., que les palpitations, les battements qu'ils éprouvent dans diverses parties du corps sont dus à l'anévrisme du cœur, des troncs artériels ; quelques-uns soupçonnent que les aigreurs d'estomac, la tension qu'ils éprouvent de ce côté sont dus à des substances nuisibles introduites dans leurs aliments, à de mauvaises préparations culinaires, etc.

Si dans le délire de persécution l'individu se croit d'emblée la victime de telle ou telle personne, de tel ou tel groupe d'individus, l'hypocondriaque ne sait au début à quoi attribuer les symptômes qu'il éprouve, il recherche pendant longtemps la cause de l'affection qu'il croit éprouver ; quelquefois alors il personnifie son délire et il accuse les machinations de ceux qu'il croit être ses ennemis. Dans certains cas, dit Schüle (*loc. cit.*, p. 269 et 270), l'affection, après un temps plus ou moins long, devient un délire systématisé ; celui-ci peut revêtir la forme d'un délire de persécution ordinaire ; en effet, les sensations multiples qui assaillent le malade sans qu'il puisse se les expliquer (précisément parce qu'elles ne sont pas habituelles), poussent forcément aux raisonnements faux, et elles sont attribuées à une influence extérieure.

1^{re} Obs. — B... (1869) présente à son entrée à l'asile un mélange d'idées hypocondriaques et de persécution. Sa disposition hypocondriaque est très marquée, il prétend que la nourriture qui est dans son corps est desséchée, que ses intestins sont en-crassés. Il se croit atteint d'une maladie du larynx et il accuse

une grande faiblesse ; le bol alimentaire, dit-il, s'est arrêté dans la gorge et dans le cou, lorsqu'il mourra on pourra voir les aliments arrêtés depuis longtemps dans cette partie de son corps.

Il prétend que c'est la femme avec laquelle il vit qui a cherché à l'empoisonner, il éprouve toutes sortes de persécutions de sa part et de celle de ses complices ; elle faisait mettre par ses complices dans ses aliments du poison, des acides qui le brûlaient intérieurement, etc...

2^e Obs. — M... est un hypocondriaque séparé de sa femme. Il prétend qu'il a des araignées dans le ventre ; on écrit sur les cahiers de visite qu'il est pulmonique ; il entend comme des bourdonnements dans l'estomac, il s'imagine qu'il va mourir, il est perdu, il n'y a plus de guérison pour lui, etc. Il prétend que c'est sa femme qui est la cause de tout, qu'elle le persécute, il a voulu la tuer, etc...

3^e Obs. — D... est constamment tourmenté au sujet de sa santé, il réclame sans cesse des médicaments pour son estomac. Voici, dit-il, les principaux caractères de mon indisposition : contraction nerveuse de l'œsophage qui souvent rend la déglutition difficile, fréquentes envies de vomir lorsque je suis dans un air trop renfermé ou dans la fumée. Sensation de vide dans la tête, qui se traduit par une névralgie faciale très prononcée et une contraction générale des muscles de la face. Plus j'ai l'estomac vide, plus le sang me monte à la tête et plus je deviens rouge...

C'est une dyspepsie flatulente, accompagnée de crampes nerveuses, etc... Ce malade, sans cesse absorbé dans les sensations qu'il éprouve et réclamant toutes sortes de médicaments, était un persécuté qui ne cessait de se plaindre des persécutions que dirigeaient contre lui ceux au milieu desquels il se trouvait.

Il devenait, nous dit son père, violent, insupportable, voyait partout des ennemis ; les personnes qu'il rencontrait, il prétendait qu'elles lui en voulaient ; un rien l'excitait, il avait frappé une fois son père ; sa mère était extrêmement malheureuse avec lui.

Manie. — Démence sénile. — Paralysie générale.

Alcoolisme.

Nous résumerons rapidement dans les considérations suivantes ce qui a trait à ces différentes affections. Nous

n'entrerons pas dans des détails trop circonstanciés, pour ne pas étendre davantage l'étude clinique déjà longue à laquelle nous venons de nous livrer.

Le délire des persécutions accompagne, dans quelques cas, de véritables accès maniaques. On observe alors les symptômes habituels de l'excitation maniaque, l'incohérence, l'agitation, les actes de violence, la physionomie si caractéristique du maniaque, les yeux brillants, menaçants, les traits mobiles et, au milieu de ce désordre, on remarque les idées prédominantes de persécution plus ou moins accentuées. « C'est, dit Schüle (*loc. cit.*, p. 151), la forme particulière du délire des persécutions; l'excitabilité, l'irritabilité maniaques peuvent, dit-il, masquer la forme spéciale du délire. Les malades commettent toutes sortes de sottises par irréflexion, ils sont comme un volcan prêt à faire éruption, et pour les moindres causes ils se livrent à une brutale fureur. »

Il est difficile de fixer leur attention et d'obtenir d'eux une réponse aux questions qu'on leur adresse; ils ont des hallucinations de l'ouïe, ils entendent des voix; ils ont de l'insomnie, des cauchemars, ils crient la nuit, se plaignent qu'on les persécute, qu'on leur fait ressentir au moyen de l'électricité des sensations douloureuses, — ils sont violents, frappent ceux qui les entendent, — on se sert de la chimie pour leur enlever leurs facultés, on se moque d'eux, on cherche à les empoisonner, ils s'approchent des portes, écoutent dans les coins, etc. Quelques malades ont des accès absolument transitoires, de courte durée, mais qui reviennent sous l'influence des moindres contrariétés et se passent rapidement sous l'influence du calme et de l'isolement.

F... est atteint d'accès d'excitation maniaque qui le prennent de temps à autre, il a été traité à plusieurs reprises dans les asiles. Il est cocher et il se plaint de sentir une odeur de chevaux; on le fatigue, on le bouleverse, le médecin et le pharma-

cien lui en veulent, cherehent à l'empoisonner. Tendances impulsives; pousse à certains moments des cris bizarres, prétend qu'on le force à imiter le cri des chevaux, on met de l'eau de Sedlitz dans ses pommes de terre; mobilité dans les idées, veut quitter son métier de cocher pour apprendre le violon et aller chanter dans les rues.

La *démence sénile* peut présenter de nombreux accidents cérébraux en rapport avec les altérations cérébrales qui lui ont donné naissance.

La diminution de la mémoire, l'affaiblissement des facultés motrices, les troubles de la parole, la difficulté dans la coordination des idées, tels sont les symptômes principaux qui caractérisent cette situation. En même temps, on remarque chez quelques-uns de ces malades des périodes d'excitation avec impulsions violentes et souvent aussi des idées de persécution.

Ils ont des interprétations délirantes de toutes sortes: on leur fait des misères, les gens qui les entourent les persécutent, leur font des méchancetés, on met dans leurs aliments, dans leurs vêtements, des choses nuisibles, on les empêche de dormir, beaucoup se plaignent d'être volés, ruinés, etc. Chez quelques-uns, on observe en même temps un mélange d'idées ambitieuses et de persécution.

D... est âgé de soixante-seize ans; il est jardinier de son état; il est atteint de démence sénile avec idées de persécution. Les camarades, dit-il, lui en veulent, on est jaloux de lui, on veut lui couper le cou, on l'appelle voleur. Affaiblissement de la mémoire; se montre habituellement taciturne.

B... (décédé en 1871) est âgé de soixante-quatorze ans; prévenu de vol à l'étalage. Le D^r Legrand du Saulle certifie qu'il est atteint de délire de persécution, on le magnétise, on lui lance par l'électricité des purgatifs dans le corps.

Ce malade, très affaibli, souffre d'une diarrhée; il prétend que c'est un purgatif qu'on lui envoie de temps à autre par l'électricité « système Duchenne, de Boulogne ». Ce sont des indi-

vidus jaloux de lui à cause de son commerce qui le persécutent. Sujet à des hallucinations de l'ouïe, on l'appelle voleur. Les voix sont conduites par l'électricité; ce sont trois femmes, cinq hommes et le juge Oliveret qui lui parlent; ils ont fait venir d'Allemagne trois grandes machines pour s'en servir contre lui.

On observe très fréquemment, dit Ritti (*loc. cit.*, p. 588), chez les vieillards des idées de persécution d'une nature spéciale. On sait que la défiance est une des caractéristiques de l'état mental sénile; elle constitue le fond du délire qu'on observe chez eux. Il ajoute plus loin : « Cette question des idées de persécution des vieillards, encore insuffisamment étudiée, présente surtout un grand intérêt au point de vue médico-légal. »

La *Paralyse générale* présente, elle aussi, dans quelques cas relativement rares, les manifestations délirantes habituelles associées à des idées de persécution prédominantes. L'affaiblissement intellectuel est plus ou moins considérable. Les idées sont mal coordonnées, la systématisation est insuffisante, on observe les interprétations délirantes, les sensations anormales et les hallucinations de l'ouïe. La période d'incubation de la paralysie générale se caractérise même quelquefois par un délire des persécutions plus ou moins accentué.

B... présente un mélange curieux d'idées de persécution et de préoccupations ambitieuses. Il existe, dit-il, un grand complot contre lui, il y a plus de 2,000 individus associés entre eux et qui cherchent à lui nuire; cela dure déjà depuis dix-huit mois. On a dernièrement voulu l'assassiner. Les sergents de ville se sont mis contre lui. Il devait se marier sous peu de temps; son grand-père est propriétaire de l'asile Sainte-Anne qui lui appartiendra plus tard. On a établi pour lui à la pension où il prend ses repas une table impériale, on doit le meubler aux frais de la couronne.

Ce malade, employé de chemin de fer, se conduisait bien, ne faisait pas d'excès alcooliques; on avait remarqué qu'il avait

commencé à présenter des signes de dérangement intellectuel, il y avait environ six semaines. Il avait donné sa démission tout à coup, en disant qu'il était nommé premier ténor à l'Opéra; il a été arrêté au milieu de la nuit, près de l'Opéra. Il a, dit-il, parcouru l'univers entier pour faire admirer sa voix de ténor; il a été à Bagdad; il était Jésus-Christ il y a 1800 ans et il a prêché par toute la terre, etc.

B... se dit poursuivi par M. X..., ancien notaire, qui lui fait toutes sortes de misères, il a été lui demander des explications; celui-ci a été obligé de le jeter à la porte. On observe chez B..., le tremblement de la langue et de l'inégalité pupillaire.

Il écrit dans une de ses lettres qu'il est l'objet d'une séquestration arbitraire; vous connaissez, dit-il, tout le bruit qui a été fait pendant le mois de décembre 1868, janvier et février 1869, à l'hôtel où je logeais. Il s'agissait d'une question matrimoniale, on voulait lui faire épouser une demoiselle qui venait à l'hôtel. Il s'est, à différentes reprises, présenté chez M. X..., notaire, pour avoir des explications; un soir, à huit heures, il le trouve chez lui; alors il s'est jeté sur lui et il l'a roulé sur le parquet de son salon; les locataires de la maison sont intervenus et l'ont conduit chez le commissaire de police, qui l'a envoyé à Sainte-Anne. Il a protesté, mais en vain; il voulait demander au notaire des explications sur tout le bruit qu'on a fait autour de son nom. Il s'était présenté poliment et le notaire n'avait qu'à répondre de même aux questions *qu'il avait le droit de poser*, etc. Il entendait dire par ce dernier : *« On veut vous marier, je suis prêt à toute combinaison; on lui fera miroiter la cession de l'étude d'huissier et de cette manière on aura un mari. »* Pour arriver à ce but, on dirige contre lui des poursuites atroces; elles ont fait de lui un crétin, un homme blasé, elles ont dévoré son énergie; depuis deux ans, il est devenu un vieillard. Tout conspire contre cette malheureuse affaire, répulsion, antipathie, faits, turpitude, procédés, etc... *Ce mariage est impossible, etc...*

D... (décédé en 1870) était atteint de paralysie générale et sujet à des attaques épileptiformes. Comme signes de paralysie, on observait le tremblement de la langue, des lèvres, l'irrégularité et la dilatation de la pupille gauche. Affaiblissement des facultés, particulièrement de la mémoire. Sensiblerie; se met à rire ou à pleurer quand on lui adresse la parole; irritable. Son délire est caractérisé par des idées de persécution.

Les garçons de service se coalisent pour le faire souffrir, on mouille exprès son lit avec une seringue, avec une casserole. On le fait tomber de son lit au moyen d'une invention particulière qu'il ne connaît pas. Il voit un trou dans le mur par lequel passent ses ennemis imaginaires. Il entend sous le plancher de sa chambre le bruit qu'ils font, et s'arme d'une pioche pour ouvrir le plancher.

P... (décédé en 1869) était atteint de paralysie générale, caractérisée par l'affaiblissement des facultés, la perte de la mémoire et des idées de satisfaction. Il est, dit-il, très fort, très intelligent, il sait tout, il est très bien portant. Tremblement de la langue, des lèvres, inégalité pupillaire. Sujet à des attaques épileptiformes. Il est en même temps dominé par des hallucinations de l'ouïe et des idées de persécution. Il entend des voleurs; il croit qu'on entend partout ce qu'il dit. Les voisins entendaient ce qu'il disait et ce qu'il faisait, à travers les trous de la muraille, c'est pour cela qu'il clouait des planchettes contre le mur et qu'il fermait la cheminée avec des cartons et des papiers. Voulait que le propriétaire bâtit un mur pour empêcher toutes ces persécutions....

Les idées de persécution peuvent se présenter, dit Ritti (p. 585), soit à la période prodromique, soit dans le cours de la paralysie générale.

Lasègue en avait déjà fait la remarque. Au milieu de la mobilité des idées délirantes absurdes et contradictoires, ajoute Ritti, exprimées par les malades, ou les entend souvent se plaindre d'injures qu'on leur dit, d'accusations infâmes qu'on porte contre eux. (Voir également Linas, *Recherches cliniques sur les questions les plus controversées de la paralysie générale*, *Thèse de Paris*, 1858, p. 42 et suiv., cité par Ritti.)

Le délire des persécutions présente dans l'*alcoolisme* diverses particularités. Tantôt il est transitoire et suraigu; il se montre alors quelques heures après l'excès alcoolique. D'autres fois, il se développe spontanément ou à la suite de quelques contrariétés ou d'un accès de colère.

Les troubles de la sensibilité générale sont plus accentués; les hallucinations de la vue, exceptionnelles dans le délire ordinaire des persécutions, s'ajoutent fréquemment alors aux hallucinations de l'ouïe. Chez la plupart de ces malades, le délire disparaît en même temps que l'intoxication alcoolique perd de son intensité. Chez beaucoup d'entre eux il existe une prédisposition héréditaire, et les mêmes accès se reproduisent sous l'influence des moindres causes excitantes. L'accès disparaît avec la cause occasionnelle qui l'a fait naître, ne laissant après lui d'autres traces que le souvenir plus ou moins vague d'un cauchemar pénible.

Quelques-uns de ces malades sont extrêmement dangereux dans leurs moments d'excitation.

B... a des accès d'alcoolisme. Il entend dire autour de lui : *Tuez-le*; il a cherché à se jeter par la fenêtre. Au bout de quelques jours, l'accès est passé. Peu de temps après sa sortie, sous l'influence de nouveaux excès, il est repris de son excitation. Les idées de persécution présentent une intensité très grande. Les voisins le méprisent, lui font du mal, veulent l'empoisonner. On lui donne des coups de rasoir, on lui fait voir des poupées; on lui dit des injures, on lui fait des reproches, on se sert de tubes pour lui faire ressentir de mauvaises odeurs dans sa boutique... Les voisins ont ameuté contre lui sa femme et sa fille; il se livre envers elles à des actes de violence.

F... est un alcoolique héréditaire; son délire des persécutions est très accentué. Sa mère est morte folle, il a un frère et une sœur aliénés. Il entend du bruit, on le menace, on lui parle à travers la muraille, il a peur, il crie au secours. Son beau-frère le vole, tout le monde est contre lui, ses propres enfants sont de complicité avec ses ennemis, lui-même est allé se plaindre, etc...

Deh... est un type d'alcoolique persécuté avec tendance du délire à se généraliser, il a des habitudes alcooliques, boit surtout de l'absinthe. Il a failli tuer sa belle-mère, a voulu étrangler sa femme; il a été arrêté à trois heures du matin alors qu'il chantait la messe sur les marches d'une église. Tremblement alcoolique très marqué. Il n'existe chez lui aucune prédisposi-

tion héréditaire. Il entend Dieu lui parler, il répond à ses questions. Il aurait voulu faire condamner sa femme aux travaux forcés, faire casser son mariage et obtenir du pape la permission de se remarier. Les tourments qu'il ressent datent déjà, dit-il, de dix ans. Il a commencé à s'apercevoir que sa femme lui faisait des infidélités. On lui mettait de l'arsenic dans ses aliments, dans le café, dans l'eau sucrée qu'il prenait. On lui a même dernièrement donné des cantharides, il s'en est aperçu par une irritation qu'il ressentait à la gorge. Le sacristain de l'église est de complicité avec sa femme, elle est la cause des persécutions qu'on lui fait endurer. Le délire partiel et systématique tend à se généraliser, ses explications finissent par devenir confuses et presque incohérentes...

C... présente un tremblement marqué de la langue. Il se plaint qu'on l'empêche de faire son commerce, de vendre ses marchandises; on éloigne les clients par des moyens dont il ne se rend pas compte; il a adressé ses plaintes au procureur de la République. Il ressent dans les oreilles des bourdonnements qui le fatiguent, de l'air dans les yeux, un coup sur la poitrine, quand il veut parler. Sa parole est empêchée; ce sont toujours les mêmes individus qui le persécutent en se servant d'une lumière; il voit celle-ci briller, puis s'éteindre devant les yeux. Ses persécuteurs s'acharnent après lui, rient de lui, cela le jette dans une grande irritation, etc...

D... arrive à Sainte-Anne en 1878, avec le certificat suivant, du D^r Lasègue : excitation avec idées de persécution; aventures étranges dont il est victime; on influence sa pensée, on le tourmente. Alcoolisme accessoire, délire progressif depuis un an.

On observe chez lui un délire de persécution très marqué, des interprétations délirantes nombreuses; les voisins complotaient contre lui, on lui faisait voir par toutes sortes de signes et de gestes les mauvaises dispositions qu'on avait contre lui; il entendait des voix; on disait : *Il n'ouvrira pas le magasin, on le fouillera*. On disait encore que sa femme avait des relations avec d'autres hommes, qu'il devait la tuer, sa clientèle le tournait en ridicule. Tremblement des muscles de la face. Buvait surtout du vin. Sorti par guérison deux mois après son entrée.

H... présente des troubles multiples caractéristiques du délire alcoolique des persécutions. Les hallucinations de l'ouïe ont précédé chez lui le développement des autres manifesta-

tions délirantes. Il est âgé de quarante-deux ans, il a fait autrefois des excès alcooliques ; il est devenu sobre depuis deux ans, mais c'est alors que s'est développé chez lui le délire de persécution très remarquable qu'il présente à notre observation. Depuis cette époque, il n'a cessé d'être l'objet de persécutions de toutes sortes. Il éprouve surtout les sensations douloureuses les plus bizarres dans diverses parties du corps. Ce sont des coups de lancette dans les yeux, on le pique, une ombre lui donne des coups de poignard, on lui arrache les parties, on lui envoie des lancées dans la tête. En même temps il est sujet à des hallucinations de l'ouïe. Il entend une voix lui dire : « Je vous fais du mal, défendez-vous donc. » Il croit reconnaître la voix du nommé Petitferri, l'un de ses compatriotes, elle lui parle et le pique en même temps. Cette voix, du reste, ne cesse de le contredire; elle lui dit la nuit: Vous ne dormirez pas. On lui envoie des odeurs détestables qui lui ôtent l'appétit. Il a été lui-même porter plainte à la Préfecture de police. Continuellement tourmenté par des hallucinations de l'ouïe et des sensations douloureuses régularisées, occupant tantôt une partie du corps, tantôt une autre. Il se plaint qu'on lui tape dans la tête, c'est toujours son compatriote qui en est la cause.

Les observations d'alcooliques persécutés sont très nombreuses, elles sont trop connues pour que nous insistions davantage à ce sujet. Nous n'ajouterons donc pas d'autres considérations à celles que nous venons de développer.

En résumé, le délire de persécution constitue, dans quelques cas, une forme spéciale d'aliénation mentale ayant ses caractères propres et, surtout, ses idées nettement systématisées. Mais on le rencontre souvent aussi associé aux formes d'aliénation mentale les plus diverses. Il est alors comme l'épisode principal de la maladie sur laquelle il se trouve greffé; il ne saurait, par cela même, lui donner un caractère particulier de gravité ni une évolution spéciale.

Le délire, quel qu'il soit, ne constitue pas, nous l'avons dit plus haut, l'état pathologique lui-même, comme

plusieurs auteurs, Renandin entre autres, l'ont fait remarquer depuis longtemps déjà. L'aliénation mentale, en dehors de l'état d'affaiblissement, de suspension ou d'excitation des facultés et d'autres symptômes dont l'énumération ne saurait ici trouver sa place, présente d'une manière générale, au point de vue de la manifestation des idées, deux caractères principaux : leur association viciieuse, obsédante, que l'on a encore désigné sous le nom de *systématisation*, et l'incohérence ou l'impossibilité d'association.

LA FOLIE DU DOUTE

ET

LE DÉLIRE DU TOUCHER

Par le Dr LADAME (de Genève).

Communication faite le vendredi 8 août, au Congrès de Berlin,
section de psychiatrie.

Messieurs, en parcourant le programme des travaux de la section de psychiatrie, vous aurez été surpris, assurément, d'y rencontrer, parmi tant de sujets d'une incontestable actualité, qui intéressent au plus hant degré tous les médecins, ce titre, un peu vieilli et démodé, de la folie du doute et du délire du toucher.

Les recherches bibliographiques que j'ai faites m'ont appris combien sont grandes les divergences des aliénistes qui ont étudié cette question. Pour ne parler d'abord que des plus modernes, voici quelques indications des chapitres où il faut chercher la folie du doute dans les ouvrages les plus connus. *Schüle* en fait une folie héréditaire simple, dans le groupe des psychoses dégénératives; *Magnan*, un syndrome épisodique de la folie héréditaire des dégénérés; *Krafft-Ebing* qui a nommé le premier, en 1867, « *Zwangsvorstellungen* » les idées fixes dont la durée et l'intensité morbides sont reconnues comme telles par le malade, traite de la folie du doute dans un chapitre spécial des psychoses dégénératives, — trouble mental par obsessions.

Marcé (1862) la rangeait dans les « monomanies intellectuelles ». *Jules Falret* en faisait un groupe à

part, sous la dénomination : « Aliénation partielle avec crainte du contact des objets extérieurs. » Pour *Morel*, c'était le « délire émotif ». Pour *Lasèque*, « la mélancolie perplexe. » *Ball* la rattache aux délires avec conscience. *Dagonet* n'en parle nulle part. *Meynert* (1) dit qu'elle appartient au complexe symptomatique de l'hystérie et de l'hypocondrie. *Kraepelin* ne la mentionne qu'à propos de la folie neurasthénique. *Savage* en traite dans le chapitre des « États hypocondriaques ». *Scholz*, enfin, dans son Manuel qui sort de presse, n'en parle qu'à l'occasion des troubles élémentaires de l'intellect, en ayant soin de faire remarquer que les obsessions, parmi lesquelles il distingue une « *Fragesucht* » et une « *Zweifelsucht* », sont, à la vérité, fréquentes chez les héréditaires, mais ne constituent pas un signe pathognomonique de folie, puisqu'on les rencontre également chez les personnes saines d'esprit.

La folie du doute est ainsi, chez les auteurs contemporains, tantôt le symptôme des affections mentales et nerveuses les plus variées, tantôt un épisode psychopathique de la dégénérescence héréditaire, tantôt enfin un simple trouble psychique élémentaire qui relève de la pathologie générale de l'aliénation mentale.

Ainsi le doute n'est pas seulement chez les malades, il a passé dans la science, et l'affection dont nous parlons présente ce caractère singulier, qu'elle pourrait aussi bien être appelée folie du doute, en raison de l'incertitude dans laquelle se sont trouvés les savants pour lui fixer une place dans le cadre des maladies mentales, que pour les symptômes étranges qui la caractérisent.

(1) Ueber Zwangsvorstellungen, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 3 mai 1888, n° 5, p. 109.

L'histoire de cette psychose, bien que toute moderne, est en effet déjà très complexe.

Au commencement de notre siècle, *Pinel* a distingué la manie sans délire, et *Matthey*, de Genève, la folie raisonnante. Mais ni l'un ni l'autre de ces auteurs ne paraît avoir compris sous ces dénominations les cas morbides dont nous traitons ici, bien qu'on les ait rangés ultérieurement dans ces deux catégories.

La première observation clinique détaillée qui rentre sans conteste dans le délire du toucher se trouve dans les œuvres d'*Esquirol* (1), sous le titre de « Monomanie raisonnante », qui renferme aussi les cas de folie morale observés par *Prichard*. *Esquirol* met déjà en relief dans cette observation les deux symptômes essentiels de la folie du doute, la lutte constante du malade contre ses obsessions et la conscience très nette qu'il a de leur ridicule et de leur absurdité.

Parchappe (2) cite plusieurs cas analogues, qu'il rattache à l'hypocondrie et qu'il donne comme exemples d'« idées fixes », entre autres une curieuse observation de *Van Swieten*.

La distinction entre l'obsession et l'idée fixe ne sera faite que beaucoup plus tard par *Westphal*. On confondra pendant bien longtemps ces deux termes. Ce serait une erreur cependant d'en conclure que les anciens observateurs n'aient pas soupçonné déjà les traits essentiels qui distinguent l'idée fixe de l'obsession.

Delasiauve (3) rapporte les obsessions bizarres d'un jeune homme, du reste sain d'esprit, redoutant la morve, parce qu'il avait glissé sous le cou d'un cheval, ou crai-

(1) *Maladies mentales*, t. II, p. 63 et suivantes, 1838.

(2) *Symptomatologie de la folie. Annales Médico-psychologiques*, 1851, p. 62.

(3) De la monomanie au point de vue psychologique et légal. *Annales méd.-psych.*, 1853, t. IV, p. 363.

gnait de devenir enragé à la seule vue d'un chien. Il fait laver ses habits, les vend et se reproche ensuite les maux imaginaires qu'il a pu communiquer ainsi à d'autres personnes. Delasiauve place cette histoire entre deux observations d'aliénés persécutés et regarde tous ces cas comme identiques.

Brierre de Boismont (1) dit aussi que l'idée irrésistible, vivement combattue par le malade, forme dans ces cas le trait dominant du tableau. Sous l'obsession même de l'idée fixe, dit-il, les malades peuvent remplir leurs devoirs.

Il me paraît intéressant de mentionner ici une remarque de cet auteur, qui fait voir à quel point les aliénistes de cette époque avaient déjà pénétré la signification psychologique des obsessions.

« Il y a une distinction à faire, dit Brierre de Boismont, qui n'a pas été omise par M. Baillarger, c'est qu'on peut être malade par les idées quand elles dominent l'esprit, mais qu'on n'est réellement fou que quand la volonté est devenue impuissante à dompter les impulsions. » Puis il ajoute : « ... Il est certain qu'au début l'idée fixe ne doit pas exercer sur les autres idées la pression qu'elle exercera plus tard. ... Il n'en n'est pas moins vrai que l'idée fausse est l'image du fruit gâté qui ne tarde pas à gâter à son tour tous ceux qui l'environnent. » Cette pensée est conforme à l'opinion de Stricker (2) qui se demande si les idées fixes ne seraient peut-être point au début de simples obsessions.

Dans la discussion sur les monomanies qui prit fin le 26 juin 1854, à la Société médico-psychologique de Paris, on insista particulièrement sur deux points qui méritent d'être relevés. D'abord sur le fait de la lutte

(1) De l'état des facultés dans les délires partiels ou monomanies. *Annales médico-psychologiques*, 1853, t. V, p. 567.

(2) Ueber das Bewusstsein, 1879 (cité par Wille).

que les malades livrent à leurs obsessions, sans parvenir à s'en débarrasser (1), puis sur cet autre fait important, que Westphal devait aussi plus tard considérer comme un caractère essentiel de ses « Zwangsvorstellungen », à savoir que le trouble est primitivement dans l'intelligence et non pas dans le sentiment (2).

En 1859, Delasiauve (3) fait une première tentative de différencier les pseudo-monomanies des folies systématisées, en se basant sur la conscience que le pseudo-momane a de son trouble mental. Malheureusement le travail de l'auteur est obscur, vague et confus. Les seuls exemples de pseudo-monomanies qu'il donne pour appuyer sa distinction se rapportent exclusivement à la folie systématisée par excellence, au délire des persécutions !

Citons encore un curieux passage de *Renaudin* (4) qui distingue dans la monomanie deux espèces d'idées fixes ou de conceptions délirantes, relativement à leur influence sur les déterminations ; ou bien, dit-il, elles sont *restrictives*, c'est-à-dire qu'elles correspondent à la notion actuelle des obsessions d'arrêt ou d'inhibition, ou bien elles sont un *mobile* plus ou moins énergique, c'est-à-dire, pour parler le langage moderne, qu'elles deviennent des obsessions impulsives. — Ou bien, dit Renaudin, elles sont stationnaires, ou bien elles ont une virtualité de développement et de généralisation. Le professeur Wille, comme nous le dirons tout à l'heure, a exprimé récemment les mêmes opinions, dans des termes presque identiques.

A partir de 1860, les observations de délire du toucher

(1) Delasiauve. *Annales méd.-psych.*, t. VI, 1854 p. 117 et 276.

(2) Peisse, *ibid.*, p. 283.

(3) Des pseudomonomanies ou folies partielles diffuses. *Ibid.*, t. V, 1859, p. 217.

(4) Observations médico-légales sur la monomanie. *Annales méd.-psych.*, 1854, p. 236.

deviennent de plus en plus nombreuses. *Trélat* (1) en rapporte plusieurs qu'il classe sous diverses rubriques de sa « folie lucide ». *Baillarger* (2) en cite d'autres sous le titre de « monomanie avec conscience », et signale le premier un fait important, c'est que ces monomanies éclatent très souvent à l'époque de la puberté. On commence à entrevoir le rôle des influences héréditaires.

Marcé (3) confond, comme tous ses prédécesseurs, le délire du toucher, dont il cite un exemple caractéristique, avec le délire de persécution et la folie systématisée. Il décrit de main de maître la genèse des idées fixes. « Chez un individu prédisposé, dit-il, faible de caractère, doué d'une sensibilité vive, un mot, une émotion, une crainte, un désir laissent un jour une impression profonde.

La pensée, née de cette façon, se présente à l'esprit d'une manière importune, elle ne la quitte plus, elle l'obsède, elle domine toutes ces conceptions : pendant quelque temps, l'individu peut avoir conscience de tout ce que cette idée fixe a d'absurde, de déraisonnable ou de criminel..... Les actes eux-mêmes ne tardent pas à se conformer à ces préoccupations malades, ils deviennent absurdes et extravagants. » Tout cela s'applique aussi bien aux idées délirantes des fous systématisés qu'aux idées « forcées » des obsédés. *Marcé* le démontre par les exemples qu'il en donne.

On trouve pour la première fois le nom de FOLIE DU DOUTE dans la fameuse discussion sur la manie raisonnante qui eut lieu à la Société médico-psychologique de

(1) *La folie lucide*, 1861. Entre autres les observations 2, 27, 28.

(2) *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, 1861, p. 140.

(3) *Traité pratique des maladies mentales*. Paris, 1862, p. 355 et suivantes.

Paris, en 1866 (1). Jules Falret (2) s'exprima ainsi : « Esquirol en a cité un exemple remarquable dans son livre.... En général, la maladie consiste dans la crainte du contact des objets extérieurs; ces malades éprouvent le besoin de lotions fréquentes. Cette crainte se rapporte surtout aux objets métalliques. *C'est à cette forme de folie que mon père a donné le nom de folie de doute...* »

Constatons que la maladie, appelée ainsi par Falret père, répondait au délire du toucher et non pas à la forme de trouble mental que Griesinger décrivit deux ans plus tard sous le nom de « Grübelsucht » et « Krankhafte Fragesucht ». Toutefois, Baillarger avait signalé le fait, dans la discussion de 1866, qu'une de ses malades était sans cesse à faire des suppositions relatives à son délire. « Elle se perd, disait-il, dans les *si* et les *peut-être*... Elle a des scrupules religieux exagérés ; elle craint d'avoir commis des actes d'impureté. »

Pendant la même année, Morel (3) publie son important travail sur le « délire émotif », dans lequel on trouve les descriptions de plusieurs cas d'obsessions avec conscience, relatives au délire du toucher.

Dans l'étiologie, à côté de toutes les causes connues de neurasthénie, Morel fait une grande part à l'hérédité, non seulement, dit-il, de la folie proprement dite, mais de celle qui provient des névroses, telles que l'hystérie et l'hypocondrie. Cependant Morel, le créateur du groupe des folies héréditaires, a séparé de ce groupe son « délire émotif ».

Pour la première fois, ces malades sont nettement distingués des hypocondriaques et des fous systématisés.

(1) Séance du 26 mars 1866. *Annales médico-psychologiques* 1866, p. 92 et suivantes.

(2) *Loc. cit.*, p. 94.

(3) *Archives générales de médecine*, 1866, p. 385, 530 et 700.

L'auteur fait remarquer que les délirants émotifs n'interprètent pas leurs obsessions à la manière ordinaire des aliénés. Ils n'éprouvent ni hallucinations, ni illusions. « En un mot, dit-il, ils ne subissent pas ces transformations qui font des aliénés autant de personnalités qui sont essentiellement, radicalement différentes de ce qu'elles étaient autrefois. » Morel ajoute cependant que les malades, à la longue, peuvent devenir vraiment aliénés. Les sept observations qu'il rapporte concernent exclusivement le délire du toucher et d'autres obsessions panophobiques du même genre; aucun n'a trait aux « questions malades » de la *Fragesucht*.

On n'a pas assez fait attention à ceci. Il importe donc de constater qu'il n'existait, en 1868, quand *Griesinger* (1) publia ses observations, aucun cas absolument analogue à ceux qu'il décrivait. Personne n'avait encore signalé le fait que la maladie tout entière pouvait consister en questions insolubles poursuivant sans cesse le malade, qui ne peut échapper aux *pourquoi* et aux *comment* ! Griesinger disait que le trouble était uniquement dans les idées, indépendant de toute complication émotive ou passionnelle. Aussi, tout en indiquant que ses cas présentaient une certaine analogie avec la maladie du doute de Falret, a-t-il pris pour son mémoire un titre qui ne préjugait en rien la question. Les réflexions que cet éminent clinicien présenta en mars 1868, à la Société médico-psychologique de Berlin sur « un état psychopathique peu connu », démontrent clairement qu'il comprit la vraie nature de cette psychose nouvelle. Griesinger dit en propres termes que c'est « une obsession avec conscience sous forme de questions ou de doute ». Il n'y a pas un mot dans ses

(1) Ueber einen wenig bekannten psychopathischen Zustand. Vortrag gehalten in der berliner med. psych. Gesellschaft. *Archiv. für Psychiatrie*, I, 1868, p. 626.

trois observations qui rappelle les symptômes que nous connaissons sous le nom de délire du toucher, bien qu'un de ses malades fût un onaniste invétéré.

Les cas de Griesinger rentraient bien au fond dans la même catégorie que ceux des auteurs français dont nous avons parlé. Les uns et les autres sont des obsessions avec conscience. Ils ne diffèrent que par la forme clinique sous laquelle ils se présentent, la variété et le caractère des obsessions. Il n'y a pas là une différence fondamentale, et *Legrand du Saulle* (1) l'a bien vu en réunissant dans sa monographie les cas de Griesinger et ceux d'Esquirol, de Baillarger, de Falret, de Morel et des autres auteurs déjà cités. Legrand du Saulle a démontré que les mêmes malades peuvent présenter successivement les troubles de la folie du doute et ceux du délire du toucher. On a voulu le contester, mais de nombreux auteurs sont venus confirmer l'opinion de Legrand en apportant comme preuves leurs propres observations, entre autres Ritti (2), Krafft-Ebing (3), Wille (4) et Mendel (5). Malgré les assertions contraires (6), il faut donc admettre la réalité des descriptions de Legrand du Saulle. Il n'en est pas moins vrai qu'il a trop vite généralisé, et que sa tentative de former avec la folie du doute, unie au délire du toucher, une affection mentale tout à fait spéciale, une véritable

(1) La folie du doute (avec délire du toucher). Paris, 1875.

(2) *Gazette hebdomadaire*, n° 42, 1877, et artiel. *Folie du doute*, dans le *Dictionnaire encyclopédique*.

(3) Ueber Geistesstörungen durch Zwangsvorstellungen. *Allg. Zeit. f. Psych.*, t. XXXV, 1879, p. 303.

(4) Zur Lehre der Zwangsvorstellungen. *Archiv. für Psychiatrie* t. XII, p. 1, 1882.

(5) In F. Schramm. Inaug. Dissertation *Ueber die Zweifelsucht und Berührungsangst*. Berlin, 1888, p. 9.

(6) Voir spécialement les articles du prof. Berger (de Breslau), in *Archiv. f. Psych.*, et la discussion qui eut lieu à la réunion des médecins et naturalistes allemands à Cassel. Septembre 1878, *All. Zeit. f. Psychiatrie*. Bd. 36. 1880, p. 473.

entité morbide, à trois périodes distinctes, ayant sa marche, ses terminaisons et son pronostic propres, était tout au moins prématurée.

Les faits qui ont été publiés dès lors le prouvent suffisamment et je rapporterai tout à l'heure deux observations personnelles qui démontrent nettement, une fois de plus, la complète indépendance clinique de la folie du doute et du délire du toucher.

La monographie de Legrand du Saulle marque néanmoins une date importante dans l'étude de cette maladie et a exercé une influence considérable sur les travaux subséquents.

Quelques années avant Legrand du Saulle, *Meschede* (1) avait publié deux observations de « Krankhafte Fragesucht » qu'il déclarait identiques à celles de Griesinger. Il s'agit en effet de fous « questionneurs », mais il suffit de prendre connaissance des symptômes mentaux de ces deux malades pour être certain qu'ils n'appartiennent pas à la folie du doute. L'un est un persécuté, l'autre, un maniaque qui offre une singulière « Fragesucht » que l'auteur appelle « Schimpfreden in Frageform » (Insulteur sous forme de questions)! Tous deux enfin sont des hallucinés. Meschede lui-même, du reste, dit que les termes de Griesinger « Zwansvortellungen in Frageform » ne désignent pas d'une manière précise et assez complète le symptôme observé. Il s'agirait plutôt d'une « Fragezwang », espèce de « question forcée » qui se ferait sentir dans les cercles d'idées les plus divers. C'est pour cette raison que l'auteur propose un nouveau mot mieux conforme, pour désigner cette espèce de maladie mentale.

Nous arrivons maintenant à un travail qui fait époque

(1) Ueber krankhafte Fragesucht. Phrenolepsia erotematica, eine bisher wenig bekannte Form partieller Denkstörung. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1872, p. 390.

dans l'histoire de la folie du doute. Je veux parler du mémoire de *Westphal* (1), publié en 1877, sur les « Obsessions ».

Pour la première fois, nous rencontrons une étude approfondie de ce trouble mental, envisagé au point de vue de la psychopathologie générale. Après avoir donné une définition très arrêtée de l'*obsession*, Westphal montre que la « Grübelsucht » de Griesinger, ou « folie du doute » de Falret, en est une variété. Les principales conclusions de Westphal peuvent être résumées comme suit :

1° Jamais l'obsession ne devient une véritable idée délirante, car les malades ne se les assimilent jamais comme le font les aliénés systématisés. L'obsession reste toujours étrangère au moi du malade. Même lorsque ce dernier commet des actes absurdes ou ridicules sous l'impulsion de son obsession, il n'agit pas comme le fou, sous l'inspiration d'une idée délirante. L'obsédé reconnaît le ridicule et l'absurdité de son action, le fou systématisé se conforme logiquement aux déductions de son idée fixe qui a pénétré comme telle dans la conscience du malade et s'y est incorporée.

Cette distinction que Westphal a établi scientifiquement entre l'idée fixe et l'obsession a été reconnue depuis des siècles par l'Église, qui a toujours fait la différence entre la possession et l'obsession. On disait souvent : « Cet homme n'est pas possédé, il n'est qu'obsédé. »

2° Un second caractère fondamental de l'obsession, selon Westphal, c'est qu'elle n'est jamais produite par un état émotif ou passionnel. C'est un trouble origiel de l'idée. Ce n'est pas une émotion. Quand l'obsession

(1) Ueber Zwangsvorstellungen. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1877, n^{os} 46-49.

apparaît pour la première fois chez un malade, il peut être dans un état de tranquillité parfaite, d'indifférence, sans trace d'émotion. Plus tard apparaîtront des accès d'angoisse, mais ces accès sont toujours secondaires. Jamais on n'observe ici l'angoisse primaire, comme dans d'autres psychoses, la mélancolie, l'hypocondrie, l'épilepsie.

S'il existe d'emblée un état émotif avec l'obsession, cet état n'est pas en rapport intime avec elle, c'est simplement un phénomène concomitant. Cette opinion de Westphal, si contraire aux observations de Morel et des savants français, a été combattue dans le débat qui eut lieu à la Société médico-psychologique de Berlin, par Jastrowitz et Sander (1). Le professeur Berger (2), de Breslau, allait beaucoup plus loin encore puisqu'il rangeait sans hésitation les obsessions dans les « névroses émotionnelles ».

Westphal distingue trois espèces d'obsessions : 1° celles qui demeurent purement théoriques, parmi lesquelles il faut ranger la folie du doute sous forme de questions ; 2° celles qui produisent certaines actions dans lesquelles nous ferons rentrer le délire du toucher ; et 3° les obsessions impulsives qui provoquent une action immédiate.

Brosius (3), et surtout *Wille* (4), dans une savante critique, ont discuté les conclusions de Westphal et réfuté ce qu'elles avaient de trop absolu. Ils déclarent spécialement, avec Morel, Krafft-Ebing, Legrand du Saulle et la grande majorité des auteurs, que les obses-

(1) Discussion sur la communication de Westphal. Séances des 5 mars et 16 avril 1877 de la Société berlinoise médico-psychologique. *Archiv. für Psychiatrie*, t. VIII, 1878, p. 734 et 751.

(2) *Grübelnsucht, ein psychopathischer Symptom. Archiv. für Psychiatrie*, t. VI, 1876, p. 217.

Grübelnsucht und Zwangsvorstellungen, ibid., t. VIII, 1878, p. 616.

(3) *Der Irrenfreund*, 23^e année 1881, p. 49 et 65.

(4) *Loc. cit.*

sions pouvaient avoir une base émotive. Brosius, qui se plaint qu'on ait réuni sous la rubrique « Zwangsvorstellungen », une vraie macédoine de formes cliniques, voudrait qu'on en sortît la folie du doute (*das Grübeln und das Fragen*) dont les obsessions ne provoquent jamais des actions, positives ou négatives correspondantes.

Contrairement à Westphal, Wille admet comme Renaudin et Legrand du Saulle que l'obsession n'est point toujours un symptôme simplement stationnaire, mais que d'habitude elle se développe et s'étend, et prend ainsi une importance pathologique de plus en plus grande.

Wille pense que les obsessions sont plus souvent qu'on ne le croit suivies d'aliénation mentale, et en particulier assez fréquemment de mélancolie. Il a observé aussi un cas qui a passé directement au délire hypochondriaque, c'est-à-dire à la folie systématisée; tandis que Westphal affirmait que l'obsédé ne devenait jamais fou, non plus que dément. Comme Legrand, Wille signale encore la fréquence des idées de suicide et même de tentatives qui parfois ont été suivies de mort.

Wille conclut que la folie du doute et les obsessions en général, sous toutes les variétés qu'elles revêtent, forment le groupe des folies avec conscience qui appartient à la famille considérable de la folie héréditaire, avec la manie raisonnante, la folie morale, les psychoses circulaires et périodiques, la folie systématisée ou paranoïa primaire. Il considère la folie du doute et ses congénères comme une sorte d'état intermédiaire entre les névroses et les psychoses d'une part, et d'autre part entre les prédispositions psychopatiques et les maladies mentales déclarées. Selon Wille, les obsédés sont prêts en tout temps à verser dans la folie.

Jusqu'ici nous avons vu la plupart des auteurs, de-

puis Morel, tenir grand compte de l'hérédité comme facteur essentiel des obsessions. Aucun d'eux cependant n'avait considéré ce trouble mental comme un signe direct et immédiat de l'hérédité morbide.

C'est ce qu'a fait, avec un très grand succès, M. Magnan, depuis quelques années, dans ses leçons et dans une série d'études très remarquables (1). Les diverses formes cliniques des obsessions et des impulsions décrites par les auteurs deviennent, pour ce maître distingué, les syndromes épisodiques de la folie des héréditaires dégénérés. Ce sont là, dit Magnan, de vrais stigmates psychiques de l'hérédité, au même titre que les stigmates physiques, décrits par Morel. Ils représentent les aspects variés de l'état mental de l'héréditaire et de la dégénérescence.

Les vues de Magnan ont été vivement discutées à la Société médico-psychologique de Paris (2). Jules Falret, qui partage au fond les mêmes idées, fit observer néanmoins qu'il fallait bien se garder, sans doute, de subdiviser à l'infini, comme l'a fait Gnislain ; toutefois qu'il ne fallait pas méconnaître pour cela l'existence de certaines formes mentales ayant une symptomatologie et une évolution distinctes. Et Falret ajoute qu'il faut admettre, comme une variété clinique méritant une description à part, la folie du doute. — Nous sommes absolument du même avis. Nous irons même plus loin et nous demanderons que l'on sépare, en deux variétés cliniques distinctes, la folie du doute et le délire du toucher, qui s'associent souvent, cela est certain, comme

(1) Voir en particulier *Journal des connaiss. méd.*, 26 nov. 1885, leçon faite à l'asile Sainte-Anne, recueillie par M. Legrain. — *Du délire chez les dégénérés*, par Legrain, 1886. — Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire, par Magnan. *Annales méd.-psych.*, janv. 1886, p. 91.

(2) *Annales méd.-psych.*, 7^e série, t. III, 1886, p. 276, 427 et 444.

la pneumonie et la pleurésie dans la pleuro-pneumonie, mais qui évoluent plus souvent encore isolément, comme les auteurs l'ont constaté de plus en plus et comme le prouvent les deux observations suivantes, dont je ne puis donner qu'un court résumé.

OBS. I. — *Jeune homme, fils unique, vingt-huit ans. Intelligent. Bossu. Asymétrie de la face. Onanisme depuis l'âge de quatorze ans. Scrupules religieux. Crises mentales hypochondriaques. Refus de nourriture à plusieurs reprises, pour faire pénitence, après ses mauvaises habitudes de masturbation. Crainte de contamination. Délire du toucher. Lavage fréquent des mains, comme moyen de purification. Diverses autres obsessions. Mauvaises pensées contre Dieu et la religion. Jamais d'hallucinations d'aucune sorte. Jamais de folie du doute proprement dite. Il ne craint jamais d'oublier quelque chose et ne se pose jamais de questions.*

En venant me consulter, accompagné de son père, le malade m'apporte un cahier d'une écriture fine, serrée, dans lequel il a détaillé toute l'histoire de ses inquiétudes et de sa maladie. Il a beaucoup lu de livres de médecine, s'est instruit sur l'hypnotisme et les maladies mentales. Il a consulté une légion de médecins et de charlatans, s'est drogué de toute manière et m'annonce d'emblée qu'il appartient au groupe des scrupuleux et qu'il est atteint de folie du doute avec délire du toucher. Terreurs nocturnes dans son enfance. Préoccupations hypochondriaques variées et persistantes. Masturbation suivie de crises mentales, dont le malade donne la description suivante : « Cet état mental consiste en mauvaises pensées dont je suis assailli continuellement et que je combats tout le temps. Cela m'empêche toute occupation. Quand j'allais à la selle, je souffrais dans le rectum, et les jours de mauvaise habitude j'avais de la peine à faire mes nécessités, comme si les nerfs du bassin se resserraient. L'état mental m'obligea à rester coucher pendant plusieurs mois. Je sentais les os de la tête se resserrer et il me semblait qu'un espace vide existait dans le cerveau et que j'allais mourir. Quand je marche et que les mauvaises idées me prennent, je dois m'arrêter, puis revenir d'un pas en arrière pour corriger la mauvaise pensée. C'est comme si je corrigais une erreur dans un livre de compte. » Il est sujet aussi à

d'autres obsessions bizarres. Il n'ose rien toucher, de peur de contamination et se lave les mains toute la journée. Il raconte aussi qu'il ne peut dormir sans son bonnet de nuit et que le matin, au réveil, si le bonnet n'est plus sur sa tête, il se sent comme paralysé, perdu. Il présente, dit-il, des signes physiques de folie raisonnante (il a lu l'histoire de Sandon par Legrand du Saulle), d'abord son asymétrie faciale, qui est en effet très prononcée, la moitié droite est sensiblement plus large que la gauche ; puis, second signe, après les repas, il a souvent un sentiment d'ivresse, sans avoir bu une goutte de vin. La maladie se caractérise par des rémissions et des exacerbations. Le père dit qu'il n'y a pas de maladies nerveuses dans la famille. Il offre lui-même le type de la mélancolie, répond à peine aux questions qu'on lui pose et n'ouvre la bouche que pour des lamentations. La mère aussi passe pour une femme originale.

OBS. II. — *Femme, trente-trois ans. Orpheline de mère dès l'âge de deux ans. Tare héréditaire névropathique très lourde. Plusieurs suicides dans la famille. Éducation négligée. Obsessions depuis son enfance, sous forme de questions métaphysiques et religieuses. Jamais d'hallucinations d'aucune sorte. Jamais de délire du toucher. Incapacité absolue de travail depuis six ans, à cause de ses « idées ».*

M^{lle} X..., de taille moyenne, sans aucun signe physique de dégénérescence, n'a jamais fait de maladies, a été réglée à treize ans et dès lors très régulièrement. Sa mère est morte d'un dépérissement, à quarante-quatre ans. Le père, peu d'années après, de fièvre chaude, suite d'ivrognerie. Il s'était mis à boire après la mort de sa femme, ne pouvant supporter son chagrin.

Hérédité maternelle. La mère avait trois frères, dont deux vivent encore, et quatre sœurs, toutes mortes. La malade se souvient très bien qu'une de ses tantes (morte à soixante ans) était bizarre. Elle ne sortait jamais, causait très peu, allait s'asseoir seule dans un coin de la maison, etc.

Hérédité paternelle. Deux frères du père se sont tués ; l'un s'est empoisonné parce que, disait-il, sa femme lui faisait des misères ; l'autre s'est fusillé, parce qu'il avait appris que sa femme avait connu d'autres hommes avant son mariage. Un autre frère s'est noyé dans une rivière, par accident, à ce qu'on

dit. Un quatrième frère est parti pour l'étranger et l'on n'en a plus eu de nouvelles. Le père avait deux sœurs, mortes toutes les deux. Ni l'une ni l'autre n'avaient été aliénées.

La malade raconte que depuis son enfance elle a eu des « idées » qu'elle ne pouvait chasser. Elle se posait toute espèce de questions et cherchait en vain des réponses. Ces questions étaient surtout relatives aux choses de l'autre monde. Elle a toujours beaucoup aimé le travail et désirait s'instruire. Au sortir de l'école primaire, elle aurait voulu continuer à étudier, mais son oncle qui s'était chargé de l'élever, la plaça comme bonne d'enfants. Elle fut en service pendant quatorze ans. Jamais malade, jamais d'hallucinations d'aucun sens, ni d'illusions. Jamais de crainte d'aucune sorte, ni d'appréhensions quelconques. Mais toujours des idées sous forme de questions qui parfois deviennent si pressantes qu'elles l'empêchent de travailler. Elle n'est pas très susceptible, cependant elle raconte que dès sa tendre enfance elle a dû subir des froissements de toute espèce. On l'a toujours traitée avec indifférence, en lui faisant sentir qu'elle était orpheline. Dans les divers héritages, par exemple, que les nombreux décès de ses oncles et tantes laissèrent à partager, elle fut toujours frustrée, et ne reçut pas les parts auxquelles elle aurait eu le droit de prétendre. Elle dit qu'on l'a toujours regardée de travers.

Depuis quelques années, les idées l'obsédaient de plus en plus. Dès qu'elle se mettait à lire ou à faire quelque autre occupation, les questions la tourmentaient sans relâche, à tel point qu'elle ne pouvait rien faire et restait à réfléchir. Ce sont toujours les mêmes questions relatives à la création (Schöpfungsfragen).

Est-ce que tout ce que nous voyons s'est fait de soi-même ? Est-il vrai que c'est Dieu qui a créé toutes ces choses ? Est-ce que le monde ne s'est pas fait tout seul ? Est-ce qu'il y a un Dieu ?

Puis d'autres questions métaphysiques ou religieuses. Comment peut-on diviser les objets en parties infiniment petites, puisque chaque petite partie peut encore être divisée ? Comment se fait-il qu'un objet divisé à l'infini puisse encore être divisé, alors que cependant on ne peut plus le diviser ? Est-ce que Dieu pourrait encore le diviser ?

Dieu seul pourrait le diviser et pourtant cette particule ne peut plus être divisée ? Comment cela se peut-il ?

Ces idées et bien d'autres semblables la tourmentaient long-

temps et revenaient souvent. A la fin, elle se disait (et cela la tranquillisait pour un moment) : Eh bien ! s'il y a un Dieu, je le verrai, et je le lui demanderai.

Puis elle se creusait de nouveau la tête pour savoir s'il y a un paradis, où est le paradis ? S'il y a un eufér, où se trouve l'enfer ? On nous dit que le paradis est par en haut, mais tout est vide ? Il faut donc que ce soit bien haut, puisqu'on ne le voit pas dans le fond du ciel ?

Puis c'est le tour des idées sur la mort et l'immortalité. Quand quelqu'un meurt, pourquoi ne voit-on pas son âme ? Quand l'âme sort du corps, pourquoi ne la voit-on pas ? Y a-t-il une âme ? Pourquoi le corps meurt-il ? etc., etc. Peut-être ne meurt-on que pour un certain temps ? Y a-t-il une autre vie après celle-ci ? etc., etc.

Toutes ces idées la tourmentaient souvent et longtemps.

La malade a eu fréquemment aussi des idées de suicide, mais jamais elle n'a fait une tentative pour se détruire. Elle n'a aucune impulsion. Elle se nourrit régulièrement et n'a jamais refusé la nourriture. Jamais de délire du toucher. Insomnies. Exacerbations après des fatigues ou des chagrins.

En terminant cette communication, je n'ajouterai qu'un mot. Dans l'étude que je viens de faire, je n'ai eu en vue que les cas typiques de la forme congénitale du délire du toucher et de la folie du doute. Cette forme de trouble mental, qui tient à la constitution originelle du cerveau, dure plus ou moins, avec des rémissions ou des exacerbations, pendant toute la vie du malade. Pour le traitement, à côté des autres moyens thérapeutiques déjà connus et employés jusqu'ici, j'ai tenté, non sans quelque succès, l'électrisation statique comme tonique du système nerveux, et la suggestion hypnotique qui combat directement le symptôme. Je n'ai pas encore assez expérimenté ces méthodes dans les cas dont nous parlons pour pouvoir porter un jugement définitif sur elles. Je puis cependant en recommander l'essai, et je crois que ces moyens seront particulièrement utiles dans certains cas accidentels de folie du

doute et de délire du toucher qui se manifestent comme symptômes de neurasthésie chez les personnes prédisposées, à la suite de maladies aiguës, d'hémorragies ou d'autres causes débilitantes de l'organisme en général ou du cerveau en particulier.

SUICIDES ÉTRANGES

Par le Dr Paul MOREAU (de Tours).

(Suite et fin.)

Nous arrivons maintenant aux suicides franchement aliénés. Considéré au point de vue mental, le suicide peut s'accomplir alors que le malade est dans un état maniaque franc ; il s'exécute au milieu de l'agitation, des hallucinations, sous l'empire d'idées délirantes et n'est, en quelque sorte, qu'un épisode de la maladie. Ou bien le malade est atteint de lypémanie avec affaiblissement et tristesse malade, due à des motifs imaginaires ; ceux-là constituent en grande majorité le groupe des aliénés monomaniaques suicides. Quoi qu'on fasse pour les empêcher de se tuer, ils arriveront toujours à leur but. La ruse, la patience, la dissimulation, l'opiniâtreté déployée par ces malheureux est véritablement incroyable.

Brierre de Boismont cite un homme qui s'enfonça la tête dans un vase où il n'y avait qu'un pied d'eau, dans un tonneau d'arrosage à fleur de terre dans un jardin (1).

— Lady H. W... donnait depuis longtemps des signes non équivoques d'aliénation mentale et avait à plusieurs reprises tenté de se donner la mort. Cette jeune femme était l'objet d'une surveillance incessante. Deux femmes se relayaient pour la surveiller jour et nuit. Du reste, depuis quelque temps, elle

(1) Brierre de Boismont, *Du suicide et de la folie suicide*, Germer Baillière, édit., 1856.

était beaucoup plus calme et les médecins faisaient espérer une prompte guérison.

Il y a trois jours, lady H... dormait, ou du moins faisait semblant de dormir profondément. Sa garde crut pouvoir sans danger la laisser seule un instant. A peine était-elle sortie que la malade sauta à bas du lit, saisit un peignoir laissé sur un fauteuil, s'en revêtit et, s'approchant de la cheminée, y met le feu.

Elle le conserva ainsi sur elle tant qu'il en resta un lambeau, ne disant rien, supportant sans un cri les horribles brûlures que lui faisait la flamme, puis le peignoir entièrement détruit, elle se recoucha. Quand la garde-malade revint, elle la trouva dans son lit en proie à une fièvre atroce. Remarquant les débris de linge brûlé à terre, elle lui demanda ce qui s'était passé pendant son absence. « Rien, dit lady H..., je n'ai rien vu. » Mais au même instant sortant du lit son bras nu, elle montra une horrible plaie. On s'inquiéta : on alla prévenir lord R... A force de questionner sa femme, il réussit à lui faire avouer la vérité. La pauvre jeune femme est morte dans la soirée. (Décembre 1887.)

— Une fille d'une trentaine d'années dont la sœur s'était déjà suicidée, après avoir attenté plusieurs fois à sa vie, soit en prenant de la créosote, soit en essayant de se noyer, avala une pierre à aiguiser qui amena l'asphyxie. A l'autopsie, on trouva cette pierre engagée dans l'œsophage et comprimant la trachée. Dans l'estomac, un morceau de râteau en bois, une lame de couteau de poche; dans l'intestin grêle, trois clous, une vis de bois et trois fragments d'aiguille à tricoter. (*Annales médico-psychologiques*, 1864.)

Ces faits sont trop connus pour qu'il soit besoin d'y insister. On trouve encore des suicides bizarres chez les inventeurs malheureux :

A Villiers-sur-Seine, s'est tué un horloger du nom de J. A... Le pauvre diable avait eu l'esprit dérangé par la recherche constante d'inventions nouvelles, si bien qu'avant-hier, complètement dégoûté de la vie, il s'est pendu à son plafond après s'être accroché aux pieds une grande horloge ronde, qui marchait encore lorsqu'on est entré le lendemain matin dans la chambre. (Août 1875.)

Mais le genre de délire qui conduit le plus souvent à des suicides étranges, est, sans contredit, le délire religieux. Là les faits abondent, et il suffira d'en rappeler quelques-uns des plus célèbres.

Mathieu Lovat, cordonnier à Venise, dominé par des idées mystiques, se persuada que Dieu lui ordonnait de mourir sur la croix ; il réfléchit pendant deux ans sur les moyens d'exécuter son projet et s'occupa de préparer les instruments de son supplice. Enfin le jour est arrivé : Lovat se couronne d'épines dont trois ou quatre pénètrent dans la peau du front ; un mouchoir blanc serré autour des flancs et des cuisses couvre les parties génitales (que dans un accès antérieur il avait coupées et jetées par la fenêtre) ; le reste du corps est nu ; il s'assied sur le milieu d'une croix qu'il a faite, et ajuste ses pieds sur un tasseau fixé à la branche inférieure de la croix ; le pied droit repose sur le pied gauche ; il les traverse l'un et l'autre d'un clou de cinq pouces de longueur qu'il fait pénétrer à coups de marteau jusqu'à une grande profondeur dans le bois. Il traverse successivement ses deux mains avec des clous longs et bien acérés, en frappant la tête des clous contre le sol de la chambre, élève ses mains ainsi percées et les porte contre les trous qu'il a pratiqués d'avance à l'extrémité des deux bras de la croix et y fait pénétrer les clous afin de fixer ses mains : avant de clouer la main gauche, il s'en sert pour se faire, avec un tranchet, une longue plaie au côté gauche de la poitrine. Cela fait, à l'aide de cordages préparés et de légers mouvements du corps, il fit trébucher la croix qui tombe hors de la croisée, et Lovat resta ainsi suspendu à la façade de la maison. Le lendemain on l'y trouva encore ; la main droite seule était détachée de la croix et pendait le long du corps. Lovat guérit de ses blessures, mais non de son délire. On remarque que pendant l'exaspération du délire, Lovat ne se plaignait pas, tandis qu'il souffrait horriblement pendant les intervalles lucides (1).

Les *Annales médico-psychologiques* ont rapporté le fait suivant non moins extraordinaire (2).

(1) Ruggieri. *Bibliothèque médicale*. Septembre 1811.

(2) *Annales médico-psychologiques*, 1863. 4^e série. T. II, p. 155.

Un Français, nommé C..., vient de se suicider à Castellamare. Ce malheureux était atteint de délire religieux. Bizarre à l'excès dans son fanatisme, il pratiquait l'usage du maigre, d'une façon assez singulière. Les jours gras, il mangeait régulièrement un poulet entier, auquel, sous peine de damnation, il fallait toujours le même poids; il en était de même les jours maigres, pour le poisson. Il vivait absolument seul, et personne ne pénétrait chez lui. Depuis quelques jours, comme on ne l'avait pas vu sortir, on avertit la police qui força le domicile. On aperçut alors le cadavre de M. C..., la tête séparée du tronc. Il s'était guillotiné lui-même. On trouva en effet dans l'ouverture d'une porte un appareil fort ingénieusement construit, muni d'une hache pendante qui glissait entre deux coulisses; par l'échappement brusque d'un ressort facilement maniable, l'individu avait opéré la section du cou, lui-même. Le testament a fait voir que M. C... travaillait depuis deux ans pour arriver à ce singulier genre de mort.

M. H. C... était depuis longtemps en état de démence et avait été enfermé par mesure administrative, en 1847, dans l'établissement de M. le D^r Blanche, et déclaré plus tard interdit par jugement du tribunal civil de Langres (1851).

Depuis son enfance, M. C... avait toujours été très exalté. Dès 1836, il avait été atteint d'une maladie dont le principal caractère avait été de se croire toujours entouré d'ennemis et en butte à des complots tramés contre lui par sa famille. Une monomanie de haine et de rage contre son père et ses frères ne fit que s'accroître, et se manifesta dans tous les actes de sa vie, oblitérant complètement ses facultés mentales. Un testament, trouvé dans ses papiers, donna lieu à une intéressante consultation médico-légale du professeur Tardieu, qui conclut à l'aliénation mentale de M. H. C.... Le testament fut déclaré nul.

Sous l'influence de l'ivresse, on voit fréquemment des individus se donner la mort. Ils ont ce qu'on appelle vulgairement « le vin triste ». Il n'est pas rare de voir plusieurs individus, au sortir d'un repas arrosé de vins

généreux, trouver l'existence triste, la vie maussade, et aller de compagnie se précipiter dans les flots. Ceux-là sont des aliénés passagers obéissant fatalement à leur idées délirantes, car les fumées de l'ivresse dissipées, ces malheureux non seulement ne voudraient plus se tuer, mais manifestent énergiquement leur amour pour l'existence, quelque triste qu'elle puisse être. Telle est presque toujours l'opinion exprimée par ceux qu'on a été assez heureux pour arracher à la mort. Sous l'empire du vin, on a vu se perpétrer des suicides qui sortent pour ainsi dire de l'ordinaire. Tels sont les cas suivants :

Le 4 juillet 1887, on arrêtait pour ivresse et l'on conduisait au poste de police, la fille B...; une fois-là, elle fut prise d'une attaque de nerfs, vraie ou simulée, cette crise mit les hommes du poste en émoi. Lorsqu'elle fut calmée, elle demanda au brigadier l'autorisation d'aller aux cabinets d'aisances, ce qui lui fut accordé. Une fois-là, elle barricada la porte avec un manche à balai et, dans le but de s'asphyxier, elle se fourra la tête dans la cuvette des latrines. Les gardiens, ne la voyant pas sortir, voulurent ouvrir la porte et, s'apercevant qu'elle était maintenue à l'intérieur, ils l'enfoncèrent. La fille B... fut trouvée dans la singulière position où elle s'était mise, affreusement congestionnée, à demi asphyxiée. Des soins énergiques l'ont rappelée à elle, et a été ensuite étroitement gardée à vue.

—A Loison (Pas-de-Calais), une vieille femme de soixante-dix ans s'est donnée la mort d'une façon étrange et épouvantable.

Adonnée à l'ivrognerie, abandonnée de ses enfants, Julie D... a été trouvée étendue au pied de son lit, les vêtements ensanglantés. Une partie des intestins sortaient du ventre par une entaille de 5 à 9 centimètres, qu'elle s'était faite à coups de ciseaux. Elle expirait le lendemain matin après une agonie épouvantable (2 avril 1881).

—B... était sonneur de cloches dans une église de Paris; mais ses habitudes invétérées d'intempérance lui avaient fait perdre son emploi. Le malheureux tomba dans une noire mélancolie. Chaque fois que les cloches, mises en mouvement par un autre, sonnaient, il perdait la tête et répétait à qui voulait l'entendre qu'il ne saurait supporter une aussi cruelle douleur.

Il y a deux jours, B... a été trouvé mort dans son logement. Il avait placé sa table à manger au milieu de la chambre, entre la fenêtre et la porte, mais avant de s'étendre sur la table, il s'était lié les pieds avec une corde dont les extrémités étaient solidement fixées à l'espagnolette de la croisée. Autour du cou était également enroulée une autre corde dont les bouts étaient attachés au bouton de la porte. Ce double soin accompli, B... s'était couché sur la table, resserrant fortement les liens et renversant ensuite la table, il demeura suspendu dans l'espace par les pieds et le cou.

La mort avait dû être lente, car les traits du visage étaient horriblement contractés. (Août 187...)

Mais là où le suicide paraît étrange, incompréhensible, c'est lorsqu'il est impulsif. Il ne s'agit pas de savoir ici si tels ou tels qui se sont tués avaient ou non des raisons plus ou moins légitimes de le faire; il s'agit de savoir si, au moment où l'acte a été accompli, l'individu jouissait encore de sa pleine liberté morale, de son libre arbitre, c'est-à-dire, s'il était encore et toujours maître d'exécuter comme de n'exécuter pas l'acte qui avait fait antérieurement l'objet de ses réflexions. Ne prenons pas le change : ce ne sont pas les motifs de l'acte qui sont en cause, c'est l'acte lui-même ou plutôt l'impulsion immédiate qui l'a déterminé; et dès lors il s'agit de savoir si cette impulsion n'a pas pris sa source dans de telles conditions psychiques qu'elle fût irrésistible.

Or quand on a devant les yeux les conditions physiques et morales, bien plus nombreuses qu'on ne croit généralement, dans lesquelles les impulsions de ce genre peuvent se développer, quand on réfléchit à l'extrême facilité avec laquelle se produit ce grand désordre, ce grand bouleversement des facultés mentales, rapide et instantané comme la pensée, qui est l'origine de toute lésion partielle de ces mêmes facultés, à cette fatidique prédisposition de certains individus qui ont, pour ainsi dire, tous les pores de l'esprit ouverts à la folie, on ne

saurait s'empêcher d'admettre ou du moins de soupçonner fortement la présence d'une lésion intellectuelle, dans les cas même où cette lésion ne se révèle par aucun symptôme extérieur bien tranché. Les conditions morales dans lesquelles naît et grandit l'idée du suicide sont, pour une foule d'individus, une cause médiate de folie ; les chagrins, la prostration morale qui suit les grandes catastrophes, le désespoir et par-dessus tout l'ennui, ce *tædium vitæ* qu'engendrent si souvent les trop grandes déperditions de puissance nerveuse, l'épuisement de la sensibilité, etc., etc., n'ont pas un rôle moins important dans l'acte impulsif. Il est de fait qu'un individu aura pu, pendant plus ou moins de temps, conserver en lui-même l'idée du suicide, y réfléchir, mûrir son projet, en peser le pour et le contre, sans que ses facultés morales aient reçu la moindre atteinte ; et ce n'est qu'au moment même ou peu d'instantants avant d'accomplir son projet que le mal se sera déclaré, l'aura arraché violemment et brusquement à son libre arbitre.

Il est vraiment étrange de voir avec quelle déplorable facilité l'idée du suicide surgit dans le cerveau de certains aliénés et même chez des personnes jusque-là exemptes de tout désordre mental. Dans ces cas extraordinaires, l'idée du suicide paraît constituer à elle seule toute la maladie. Elle est, ou tout au moins paraît être le résultat d'une véritable génération spontanée ; on ne saurait découvrir son origine, le pourquoi de son existence, de son apparition instantanée. Le malade se sent tout à coup envahi de l'idée de se tuer, et sans transition passé à l'exécution du projet.

Une femme venait de sortir du Palais de Justice. Passant sur le pont au Change, elle escalada tout à coup le parapet et chercha à se précipiter dans la Seine. (*Annales médico-psychologiques*, tome VII.)

—Un individu qui était fort tranquille à table avec ses amis,

tire à l'improviste son couteau, en frappe l'un d'eux, puis montant rapidement l'escalier se brûle la cervelle. Cette action resta inexplicable pour ceux qui le connaissaient. (Brierre de Boismont.)

Parfois, une cause occasionnelle quelconque détermine brusquement le suicide.

Une femme rencontre son mari au bras d'une dame sur laquelle on avait éveillé ses soupçons. Elle rentre aussitôt chez elle, s'enferme dans sa chambre. Le mari qui l'avait aperçue s'empresse d'accourir, il frappe à la porte; ne recevant pas de réponse, il l'enfoncé; l'infortunée rendait le dernier soupir. (Brierre de Boismont.)

Le D^r Dubrisay a rapporté le fait suivant que nous transcrivons *in extenso*, à cause des particularités remarquables qu'il a présenté.

Un homme se disputait le 8 avril avec sa femme, au sujet de l'argent du loyer qu'il ne pouvait lui fournir. Accablé d'injures par elle, il voulut en finir avec la vie. Prenant un petit poignard long de 10 centimètres, il le plaça verticalement sur le sommet de la tête et à l'aide d'un marteau il l'enfonça jusqu'à la garde. Cela fait, il n'en fut pas plus avancé. Non seulement il ne lui était pas venu d'argent, mais il n'en avait pas fini avec l'existence et il ne sentait rien. Il avait toute son intelligence et l'usage de ses sens et de ses mouvements. Très embarrassé d'avoir si mal placé son poignard, il dut faire appeler le médecin qui essaya d'arracher ce couteau de la boîte du crâne, mais tous ses efforts furent infructueux. On appela M. Dubrisay, nos deux confrères ensemble ne furent pas plus heureux. Ils soulevaient le malade en tirant sur le manche du poignard, mais l'arme solidement fixée dans les parois du crâne ne bougeait pas. On conduisit le malade dans un atelier du voisinage pour avoir des moyens de traction suffisamment énergiques. Placé entre deux portants ayant dans leur intervalle une forte pince de fer mise en mouvement par une force mécanique, assis par terre et bien maintenu, la lame du poignard fut saisie, tirée sans secousse et arrachée, enlevant un peu le malade qui retomba sur le sol. Il se leva aussitôt, se mit à marcher, à causer et reconduisit M. Dubrisay à sa voiture en lui disant « merci ». La lame de

l'instrument était un peu courbée vers la pointe. On voyait qu'elle s'était heurtée à un corps dur qui est la fosse occipitale. Craignant de voir apparaître des accidents de méningite, le malade fut conduit à Saint-Louis, dans le service du D^r Péan; mais il en sortit au bout de huit jours, sans qu'il se soit développé d'accidents inflammatoires ou paralytiques.

Comme procédé de suicide, celui-là est curieux et on peut le publier sans crainte de produire une épidémie d'imitation.

Comme blessure de l'encéphale, il est plus curieux encore. D'après ce que nous avons pu voir, les 10 centimètres de lame ont pénétré près du bord postérieur des pariétaux, vers la ligne médiane. En supposant que la lame ait passé entre les deux hémisphères sans les léser, elle a dû arriver sur la tente du cervelet, en arrière de la protubérance, traverser à côté du bulbe le pédoncule cérébelleux et le cervelet, pour venir se courber sur la fosse occipitale, en arrière du trou de ce nom. Il est difficile d'admettre qu'elle ait intéressé le bulbe. Dans le chemin que nous supposons qu'elle a parcouru, il est déjà bien assez extraordinaire qu'elle n'ait occasionné aucun désordre du mouvement ou des sens. A quoi servent les parties du cerveau tranchées par l'instrument? C'est ce qu'on peut demander aux localisateurs.

Le *Medical Times* a rapporté un fait non moins étrange :

Le 23 décembre, à dix heures du soir, un homme dans la force de l'âge, mais dont l'aspect dénotait la misère, entra dans l'*Arms Grantham, Dyer street, Leeds*, et ayant demandé une pipe il s'assit, d'un air sombre, auprès du feu; deux ou trois personnes étaient assises dans la même pièce, mais l'étranger n'entendait pas un mot de leur conversation. Après être resté ainsi dix minutes, cet homme mit un *poker* (tige de fer à renouer le charbon de terre) dans le feu, et lorsqu'il fut chauffé jusqu'au rouge, il le prit, le frappa contre le plancher pour en faire tomber la cendre ou les parties charbonneuses adhérentes. Alors avec un grand calme, il enfonça le bout du poker dans sa gorge. Les personnes présentes à cette scène se jetèrent sur lui, et ayant retiré le poker de son gosier, elles lui baignèrent la bouche avec de l'eau fraîche. Cet homme avait quitté récemment le bureau de mendicité où on avait pour lui toutes sortes de soins. Lorsqu'on lui demanda pour quelle raison il avait attenté

à ses jours, il répondit que c'était un acte de folie et qu'il ne savait pas lui-même ce qu'il faisait. Sa langue, sa gorge et sa lèvre inférieure étaient profondément brûlées, il succomba des suites de sa brûlure le vendredi 18 janvier.

Du fait précédent, on peut rapprocher le suicide du contre-amiral L.-H. W., à Falmouth.

Il était assis avec sa femme dans son salon, lorsqu'il saisit tout à coup le tisonnier tout rouge et se l'enfonça à plusieurs reprises dans le ventre : l'amiral succomba le lendemain à ses blessures. On assure qu'il avait été profondément affecté de ne pas recevoir un héritage qu'il attendait, il était âgé de soixantedouze ans. (Londres, 21 janvier 1888.)

Il est un certain nombre de suicides dont le motif est absolument inconnu. Ils sont remarquables par leur étrangeté et dénotent une volonté inébranlable de s'ôter la vie. Tels sont les faits suivants :

Un individu était tranquillement assis sur un banc du boulevard Barbès, fumant sa pipe : tout à coup, sans que rien ne put faire prévoir son action, il avala sa pipe en terre qu'il venait de rebourrer. (Août 1887.)

— A. M..., nettoyeur à la gare de Dôle, vient de se suicider dans des circonstances terribles. Il a avalé du pétrole mélangé d'une dissolution de phosphore provenant d'allumettes chimiques. M... souffrait horriblement et trouvant la mort trop lente à venir, saisit une hache et s'en donna un coup sur la tête. L'agonie dura encore deux heures.

— Un sieur E..., de Salice (Corse) vient d'accomplir le plus horrible suicide qu'on puisse imaginer ; il s'est jeté dans un four allumé pour la cuisson du pain. Aussitôt qu'on s'aperçut de son absence, sa femme se mit à sa recherche, et, en passant près du four, sentit une odeur nauséabonde. Elle s'empressa de l'ouvrir, mais elle s'évanouit en poussant un cri d'horreur et de désespoir. Elle venait de voir le corps de son mari carbonisé. (Décembre 1879.)

— Un bûcheron travaillant à l'exploitation du bois dans la forêt de Fontainebleau a mis fin à ses jours dans des circonstances terribles.

Après avoir préparé au milieu de la loge plusieurs bourrées

de bois de pin, il y a mis le feu, et avant que le feu fut en pleine activité, le malheureux s'est pendu au-dessus du foyer à l'aide d'une courroie. Sous l'action de la chaleur, cette courroie s'est rompue et le bûcheron est tombé dans le feu où on l'a trouvé carbonisé. (Novembre 1880.)

Il est des suicides exécutés dans de telles circonstances de similitude d'exécution qu'il paraît difficile de ne pas y voir la trace d'une véritable imitation, bien que plusieurs années se soient écoulées entre chacun d'eux.

Le 29 décembre 1887, pendant une représentation au théâtre principal de Carthagène, un spectateur placé aux fauteuils s'est suicidé en s'introduisant dans la bouche une cartouche de dynamite enflammée. La tête sauta en mille morceaux, blessant, à la tête et aux mains, une demoiselle qui se trouvait près du suicidé. (A rapprocher du suicide de l'anarchiste Lingg.)

— Le 7 juillet 1880, un individu habitant le village du Mineraï, dépendant de la commune de Sancerre, s'est suicidé dans les circonstances les plus dramatiques.

Après avoir imbibé ses vêtements de pétrole, il se lia avec une corde à un cerisier voisin de son habitation, puis mit le feu à ses habits imprégnés du liquide inflammable. Les voisins, apercevant de la fumée, accoururent et cherchèrent à lui porter secours. Mais son état était tel, qu'il expira presque aussitôt.

— Au mois d'octobre 1882, un suicide analogue avait lieu à Cagnes (Alpes-Maritimes). Un malheureux, n'ayant conservé que sa chemise et son pantalon, s'est abondamment imbibé de pétrole et y a mis le feu. Il est mort quelques heures plus tard, dans des souffrances horribles.

— Au mois de juin 1887, près de Presbaum, en Autriche, on découvrait un affreux suicide. Dans la matinée, une jeune femme, bien mise, se rendit chez un épicier de cette ville, où elle acheta plusieurs litres de pétrole qu'elle emporta dans la voiture qui la conduisait. Elle se rendit dans un bois non loin de la ville et là, renvoya la voiture.

Peu de temps après, des paysans, qui passaient dans le bois, entendirent des cris déchirants. Ils se dirigèrent vers l'endroit d'où partaient ces cris et trouvèrent le corps de la jeune femme complètement calciné. Plusieurs bouteilles de pétrole se trouvaient vides à côté d'elle. Après avoir enduit ses vêtements du

liquide inflammable, la malheureuse jeune femme y avait mis le feu.

En terminant cette rapide étude, il nous reste à rappeler un fait bien connu des médecins, mais peu connu ou inconnu du public, et qui jusqu'à un certain point donne la clef de ces suicides atroces, barbares. Nous voulons parler de l'insensibilité souvent complète à toute douleur que l'on trouve chez un grand nombre, sinon chez tous les aliénés névropathes.

Cette anesthésie a été signalée par tous les auteurs. L'idée morbide, qu'elle s'applique au suicide comme à tout autre acte pathologique, jouit parfois d'une énergie telle, qu'elle fait taire, pour ainsi dire, toute sensibilité périphérique, exactement comme une douleur plus forte empêche une moins forte d'être perçue, suivant l'aphorisme si connu : « *Duobus doloribus simul obortis, vehementior obscurat alterum.* » Mais l'insensibilité de ces malades diminue et disparaît avec l'aliénation. Ainsi dans ces intervalles lucides, Mathieu Lovat, dont nous avons donné l'observation, souffrait cruellement de ses plaies qui redevenaient insensibles quand l'aliénation reparaisait. Des cas analogues ont été cités par Guislain, Esquirol, Moreau (de Tours), Brierre de Boismont, etc. Cependant il est des suicides chez qui on n'observe pas cette insensibilité; un grand nombre de cette catégorie, instruits par des tentatives précédentes, recherchent avec le plus grand soin les moyens qui procurent une mort douce, exempte de douleur, et si quelques-uns affrontent courageusement les souffrances qui doivent les délivrer de la vie, c'est bien plutôt par un véritable mépris de la douleur que par suite d'une insensibilité réelle.

Voici de curieux exemples de cette anesthésie (1):

. X... atteint de mélancolie, sans troubles intellectuels bien

(1) P. Moreau (de Tours). Thèse citée.

marqués, est envoyé à Bicêtre à la suite d'une tentative de suicide : il portait au cou une plaie demi-circulaire, d'environ 8 à 10 centimètres de longueur, en voie de guérison. X..., un mois avant son entrée à Bicêtre, se sentant surveillé, s'était enfermé dans sa chambre, avait brisé une assiette de porcelaine dans laquelle on lui avait servi à déjeuner et qui avait été oubliée, et tenant un moreeau de chaque main, il essaya de s'ouvrir la gorge.

Il employa, dit-il, plus d'un quart d'heure à cette horrible besogne, et ne s'arrêta que lorsque la trachée fut ouverte.

« — Vous avez dû éprouver de terribles souffrances, il vous a fallu bien du courage ?

« — Pas le moins du monde, répondait X... du ton le plus naturel, je n'ai pas souffert du tout. J'éprouvais même une sorte de plaisir à me scier la peau, j'avoue cependant que cela m'a fait bien mal après et je ne recommencerais pas maintenant. »

— E... donnait depuis trois mois des signes d'aliénation. Il fit une tentative de suicide et se jeta dans un puits, d'où il fut retiré immédiatement.

La veille de la Toussaint, E... profitant de l'absence de sa femme, s'assied près de la cheminée, pose sa jambe et son bras gauche sur la pierre de lâtre, puis armant sa main droite d'un serpot, se frappe à coups redoublés. Quand la femme E... entra, son mari baignait dans le sang, la main gauche pendait à moitié séparée de l'avant-bras, les os de la jambe gauche coupés, hachés, lacéraient par leurs fragments irréguliers une plaie profonde. Comme on s'apitoyait autour de lui sur les atroces douleurs qu'il avait dû endurer : « Je n'ai pas souffert, répondit-il... »

Cette anesthésie a été également constatée chez l'enfant dans des circonstances non moins pénibles.

Un sieur C..., ouvrier teinturier à Suresnes, avait retiré de chez sa grand'mère, il y a quatre ans, sa petite fille Louise, alors âgée de cinq ans, et il la garda chez lui en compagnie de son autre fille, âgée de huit ans. Bientôt on s'aperçut que la petite Louise nourrissait un profond chagrin, dont rien ne pouvait la distraire et on l'entendit même, à plusieurs reprises, manifester le désir de mourir. Hier, ses parents ayant eu à sortir, Louise, après leur départ, s'attacha une corde au cou et tenta de s'étrangler.

N'ayant pu y réussir, cette malheureuse enfant monta alors sur un fourneau, s'empara d'une chandelle, l'alluma et mit le feu à sa robe en plusieurs endroits, puis sans pousser un seul cri, elle éleva les bras et attendit résolument que le feu dévorât ses chairs.

Déjà un tourbillon de flammes enveloppait le corps de cette insensée, quand, du dehors, les voisins, apercevant une lueur sinistre, accoururent, brisèrent les portes et pénétrèrent dans la pièce où la jeune Louise accomplissait son acte de démence. Se jetant rapidement sur elle, ils lui arrachèrent lambeau par lambeau les derniers vestiges de ses vêtements et parvinrent ainsi à éteindre le feu qui la dévorait.

Averti de cet événement, le commissaire de police de Puteaux se rendit sur les lieux et y trouva le D^r Rolland, qui, après avoir donné les premiers soins à la blessée, jugeant qu'elle ne survivrait pas à ses nombreuses blessures, donnait l'ordre de la conduire à l'hôpital Beaujon. Comme malgré la gravité de son état, Louise n'avait pas perdu connaissance, le magistrat l'interrogea. L'enfant répondit avec le plus grand sang-froid qu'elle s'était brûlée volontairement, pour se donner la mort. Elle aimait bien ses parents, disait-elle, mais elle voulait mourir sans dire le motif de sa résolution. Le père de cette enfant l'a portée lui-même à Beaujon, et cependant tout le temps qu'a duré le trajet, elle a montré un calme qui ne s'est pas démenti un seul instant. Ses souffrances devaient être horribles, et cependant elle ne poussait aucune plainte. Elle causait même tranquillement avec son père. Une heure après son arrivée à l'hôpital, elle rendait le dernier soupir.

Tel est encore le cas remarquable rapporté par le D^r Madin à l'Académie de médecine (2 novembre 1852).

M. Ph..., âgé de trente-six ans, fut si vivement affecté de la mort d'une femme tendrement aimée, qu'il tomba dans une profonde mélancolie avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. Cet état de délire n'était qu'intermittent et n'empêchait pas M. P... de remplir exactement et convenablement ses fonctions publiques.

Après un assez long intervalle de calme, il songea à se remarier. Les difficultés qu'il éprouva pour contracter de nouveaux liens ramenèrent son délire; les hallucinations devinrent

plus fréquentes et d'une nature plus inquiétante. M. Madin, appelé auprès de lui, le trouva en proie aux conceptions les plus étranges : entre autres choses, il croyait avoir reçu la mission de brûler les mauvais livres et les autres objets contraires aux bonnes mœurs. Cette manie de brûler faisant des progrès, M. Ph... faillit plusieurs fois incendier sa maison avec des torches enflammées. Le délire n'était pas continu et offrait des intermittences, pendant lesquelles M. Ph... était le premier à rire de ses extravagances.

Le 18 janvier 1836, à deux heures du matin, M. Madin fut appelé auprès de M. Ph..., qui s'était volontairement livré aux flammes en expiation des fautes qu'il se reprochait. A cet effet, il avait dressé un bûcher dans la cheminée de la cuisine et s'était placé dessus après y avoir mis le feu. La fumée résultant de la combustion avait fait connaître aux domestiques ce tragique événement; une énorme quantité de graisse mêlée à du sang s'était écoulée jusqu'à 2 mètres du foyer.

M. Madin fut surpris de trouver le malade *calme et presque souriant*, au milieu d'une horrible fumée qui lui permettait à peine de respirer. M. Ph... se réjouissait à haute voix d'aller retrouver sa femme, après avoir expié, disait-il, ses forfaits sur un bûcher attisé par ses propres mains, d'après l'ordre de Dieu. Le malade avait les jambes, les cuisses et les fesses entièrement brûlées, les os blanchis et calcinés, les organes génitaux carbonisés et les mains réduites à l'état de moignons noirâtres et informes. Le reste du corps était intact.

M. Ph... succomba à une hémorrhagie d'une des artères poplitées, corrodées par le feu.

Ces suicides que nous venons de rapporter, exécutés dans des conditions les plus diverses, à l'aide de moyens plus atroces les uns que les autres, laissent un vaste champ à l'interprétation qu'on voudra leur donner. Que leurs auteurs aient agi, les uns en pleine connaissance de cause, que les autres aient obéi à une idée fixe, que plusieurs aient succombé à une impulsion subite, soit : le fait n'est pas niable. Mais comment expliquer le choix des moyens employés? Comment pouvant atteindre le but qu'ils poursuivaient d'une manière plus simple, plus facile, moins douloureuse, ont-ils choisi un

genre de mort inusité, le plus souvent horrible ? Ici nous nous arrêtons : ne cherchons pas une explication scientifique, ne recourons pas non plus à des hypothèses toujours attaquables, et bornons-nous simplement à dire qu'il en est des suicides comme des hommes. Les uns, raisonnables dans leurs allures, vont droit au but qu'ils se sont assigné, sans bruit, sans éclat. Ceux-là sortent de la vie, calmes, posés, sans tapage. Les autres, bizarres, excentriques, ne vivent qu'au milieu du fracas, dans une excitation perpétuelle et éprouvant une sorte d'entraînement invincible, véritablement malade, cherchant sans cesse à attirer l'attention sur leur personne. Ceux-là ont besoin d'occuper le public, même après leur mort, et alors souvent ces suicides étranges que nous avons signalés.

Sauf les cas que nous avons cités de ces gens absolument sains d'esprit qui se tuent avec ce qu'ils peuvent, avec les seuls moyens dont ils disposent, et qui, en toute autre circonstance, n'auraient pas attenté à leur vie, on peut légitimement, en l'absence de tout renseignement sur les antécédents, être enclin à traiter d'aliénés, ou tout au moins de candidats à la folie, tous ces gens qui ont recours aux modes de suicide dont nous avons rapporté les exemples et qui défraient la curiosité publique en la stupéfiant.

Établissements d'aliénés.

DU

PERSONNEL MÉDICO-ADMINISTRATIF DES ASILES

ET DE SON RECRUTEMENT

Par le **D^r MARANDON DE MONTYEL**

Médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine.

La psychiatrie française se meurt, tel est le cri qui, d'année en année, retentit avec plus de force et que poussait à cette même place M. Chambard, il y a quelques mois à peine. De quoi est-elle donc atteinte? Comment, lorsqu'elle a eu dans nos pères et nos grands-pères des travailleurs si opiniâtres, des producteurs si féconds, sommes-nous arrivés à ce degré d'inertie et de stérilité? Nous y sommes arrivés par le recrutement et l'organisation du personnel médico-administratif. Le démontrer et, à côté du mal, m'efforcer d'indiquer le remède, tel est le but de ce mémoire. La loi sénatoriale sur les aliénés vient d'être soumise à l'appréciation du Conseil supérieur de l'Assistance publique. A cette heure décisive, dire sans haine et sans crainte la vérité entière, est un devoir qui incombe à chacun de nous.

I. Le personnel médical des asiles comprend les in-

ternes, les médecins adjoints et les médecins en chef. Dans un service bien agencé, ces diverses fonctions seraient étroitement hiérarchisées, de telle sorte que l'internat fût la condition obligatoire de l'adjuvat et celui-ci la pépinière exclusive des chefs de service. Jusqu'à ces temps derniers, il a été loin d'en avoir été ainsi. Le recrutement des médecins adjoints avait pour règle le bon plaisir ministériel ; inutile, dès lors, d'ajouter que les choix se firent sur recommandations plutôt que sur valeur intellectuelle des candidats. Des internes studieux et instruits furent souvent évincés par des concurrents médiocres, mais très appuyés, qui n'avaient jamais étudié les aliénés et, déçus d'attendre, beaucoup portèrent ailleurs leur activité et leur savoir. D'autres fois, on recueillit d'anciens internes d'asile, il est vrai, mais qui rentraient au bercail en enfants prodiges, dégoûtés de la clientèle, comme les précédents, par lassitude ou insuccès. Aussi peu à peu se forma et s'accrédita l'opinion que les aliénistes se recrutaient parmi les non-valeurs de la profession médicale ; c'était exagéré. Néanmoins, un personnel ainsi choisi ne pouvait guère se composer en majorité de savants ardents aux recherches scientifiques, passionnés pour le service, attentifs aux moindres besoins des malades.

Des jours meilleurs ont enfin lui ; depuis l'année dernière, le concours pour l'adjuvat fonctionne, progrès énorme, car les nullités seront écartées et les jeunes gens de mérite s'imposeront ; aussi tous ceux qui s'intéressent à notre avenir ne sauraient trop remercier M. Bourneville de la victorieuse campagne qu'il a menée. Une des épreuves de ce concours est sur titres, innovation digne d'éloges ; mais pourquoi n'accorder que dix points aux travaux du candidat, alors que l'ensemble des trois autres épreuves s'élève à quatre-vingts points ? C'est coter bien bas, me semble-t-il, les recherches per-

sonnelles et originales. Parmi les conditions d'admissibilité, je trouve encore avec plaisir la nécessité d'un stage d'une année au moins comme interne dans un asile ; par malheur, on a ajouté : public ou privé, et aussi soit dans un hôpital par la voie du concours. Cette dernière concession est sans excuse aucune ; si elle vise l'internat des hôpitaux de Paris, elle est inutile puisque Bicêtre et la Salpêtrière relèvent de l'Assistance publique et que leurs services d'aliénés seront à la disposition de ceux qui se destineront à la spécialité. Il est nécessaire que les médecins adjoints aient l'habitude des malades qu'ils sont appelés à soigner, et l'asile diffère en tout d'un hôpital ordinaire. J'estime donc que la condition devrait être un stage d'une année au moins dans un service d'aliénés, et j'ajouterais volontiers dans un service public où le recrutement de l'internat est passible du concours. A cet égard, des concours régionaux institués au siège des facultés de médecine, avec frais de déplacements payés aux admissibles, ainsi qu'il est d'usage dans beaucoup d'hôpitaux, est la combinaison la plus susceptible peut-être de réunir des concurrents, surtout si les avantages pécuniaires alloués sont d'autant plus élevés que les établissements sont plus éloignés, afin d'attirer les candidats en leur facilitant les déplacements nécessités par les examens.

Partisan du concours régional pour les internes qui, nommés seulement pour trois ans, sans avenir assuré, hésiteraient beaucoup à s'expatrier loin de chez eux, je ne le suis pas du tout pour les médecins adjoints même avec cette importante réserve qu'ils seront nommés chefs de service dans toute la France. Je partage le sentiment de M. Giraud qu'un concours unique pour tous les asiles réussira mieux ; d'ailleurs, déjà l'an dernier, il n'y a eu de candidats ni à Montpellier ni à Bordeaux et à l'heure actuelle le ministère, emprisonné par la divi-

sion en régions, est dans l'impossibilité de pourvoir à certaines vacances. Il est tout d'abord incontestable que le niveau d'un concours unique sera beaucoup plus élevé. Tel passera dans une région où il sera seul, qui, comparé à ceux des autres régions, ne serait pas classé. Et puis avec ce système, les candidats seront plus nombreux, sollicités par l'espoir d'être vite pourvus d'un poste, puisque les chances de nomination se répartiront sur toutes les places. Le choix des résidences étant déterminé par le classement, les premiers sujets, un moment peut-être éloignés des grands centres d'enseignement, auront toujours la facilité d'y revenir dès qu'une vacance se produira.

Mais comment organiser ce concours unique d'adjuvat? M. Giraud le demandait à Paris; il me semble difficile d'imposer une aussi lourde obligation aux candidats de province, à moins d'imiter les hôpitaux dont je parlais tout à l'heure, qui remboursent les frais aux admissibles. Les médecins adjoints n'ayant pas de cours à faire, leur facilité d'élocution importe peu. Dès lors, pourquoi ne pas augmenter le nombre des compositions écrites? L'anatomie et la physiologie du système nerveux, les pathologies interne et externe, la pathologie mentale constitueraient trois épreuves qui auraient lieu les mêmes jours dans toute la France sur des questions cachetées envoyées du ministère. Ne resterait plus que l'épreuve clinique, celle-là forcément orale; mais l'Inspecteur général qui, d'après l'arrêté du 18 juillet 1888, préside le jury, pourrait se transporter dans les diverses facultés de façon à faciliter la comparaison des résultats et la répartition des points (1).

(1) Depuis que cet article a été écrit, le congrès de Rouen a émis le vœu que le recrutement des internes soit prévu par la nouvelle loi et qu'il y eut un concours unique, à Paris, pour les médecins adjoints.

II. Voilà les internes nommés par concours régionaux et les médecins adjoints recrutés parmi eux à l'aide d'un concours unique, constituant ainsi un seul corps dont les membres auront le droit de choisir leur poste d'après leurs numéros de classement. Reste l'avancement. Il a lieu sous trois formes : la promotion au grade de médecin en chef, l'élévation de classe et la résidence. Eh bien ! sous le régime actuel, dans aucune de ces trois éventualités, les titres scientifiques des fonctionnaires n'ont été pris en considération. Les nominations et les promotions eurent lieu à l'ancienneté, quel que fût leur mérite ou leur démerite comme savants. Ainsi il en a été du moins pour nous. Nommés médecins adjoints par décision gracieuse du ministre, avec ou sans internat, nous avons dressé une liste de ceux qui, plus heureux, avaient obtenu avant nous la même faveur, et notre grande préoccupation, ainsi que notre vive joie, fut de biffer les noms des collègues qui nous avaient précédé dans la carrière, au fur et à mesure de leur nomination, de leur démission et quelquefois, hélas ! de leur décès. Tels les collégiens qui barrent sur un calendrier les semaines les séparant de la distribution des prix à chaque dimanche qui survient, bien certains qu'il ne sera pas plus permis aux lauréats qu'aux cancres de l'avancer d'une heure, tels nous opérions sur nos prédécesseurs, attendant, avec autant de confiance que de résignation, notre tour, les paressent comme les travailleurs. Et de fait, parmi nous se trouvèrent quelques rares producteurs qui donnèrent, sous forme de mémoires originaux et d'articles bibliographiques, des preuves de leur fécondité et de leur activité, ils passèrent tout comme les autres par ordre chronologique, ni plus ni moins que les confrères dont l'unique labeur se borna à rayer les promus, les démissionnaires et les décédés. Quel puissant encouragement au travail et comme on comprend

que les journaux d'alors n'aient pas suffi à nous imprimer !

Depuis quelque temps, je ne l'ignore pas, on doit à M. le directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, des nominations sur titres scientifiques. Des médecins adjoints qui avaient produit ont été nommés de préférence à des collègues plus anciens qui, se fiant au passé, n'étaient pas sortis du travail de la liste ci-dessus décrit. Pour les laborieux de ma génération, M. Monod est venu trop tard, dans un siècle trop vieux, mais qu'il soit acclamé de nos successeurs ! Espérons que sa généreuse initiative ne tardera pas à porter ses fruits.

Nommés à l'ancienneté, c'est aussi à l'ancienneté que nous avons tous été promus d'une classe à une autre, de trois ans en trois ans. Ici encore pas la moindre différence entre les fonctionnaires qui se sont tenus strictement à leurs obligations professionnelles et les savants qui, en plus, ont consacré leurs efforts et leurs veilles aux travaux scientifiques. Notre organisation constituée, en vérité, un engrenage du dernier perfectionnement ; dès qu'on a réussi à s'y glisser, on peut se croiser les bras et se confier en toute sécurité au jeu de la machine qui, sans une énergie de votre part, vous entraîne à travers toute la filière des classes et vous conduit à l'exceptionnelle. S'il est parmi nous un seul aliéniste qui ait dû à ses travaux une promotion anticipée, qu'il le crie très haut. Et qu'on n'argue pas des décrets qui contraignent, des arrêtés qui paralysent la bonne volonté, car j'ai connu un directeur administratif promu de la quatrième classe à la deuxième et, moins de trois ans après, de la deuxième à l'exceptionnelle. Il est vrai qu'il n'était pas médecin et qu'il avait profondément désorganisé le grand asile qu'on lui avait confié pour lui procurer une situation. Si de tels services justifiaient une

dérogação aux règlements, la science, semble-t-il, aurait bien dû la justifier aussi.

Je le demande à tout homme sincère, était-il possible d'espérer d'une telle organisation autre chose que ce qu'elle a produit : la paresse et la stérilité ? Le travail, même scientifique, le plus agréable peut-être de tous, est toujours un labeur ; s'il n'y a aucun salaire à en attendre, rares sont les natures d'élite qui s'y livreront pour la seule satisfaction de l'esprit, surtout à l'âge des plaisirs ardents et des douces rêveries. Si notre génération n'a presque rien donné, nous ne sommes donc pas les seuls coupables. Pour les mêmes raisons, celle qui nous suit, hélas ! est aussi inféconde, sinon plus.

Nominations et promotions accordées à l'ancienneté, restaient encore les résidences qui ne peuvent être octroyées qu'au choix. Pour elles tout au moins, il eut été équitable de tenir compte des publications. Toujours elles furent soit la récompense de services administratifs, soit, le plus souvent, une satisfaction donnée à de puissants protecteurs. En veut-on les preuves ? De tout temps, à la tête des vastes établissements situés dans les grandes villes se sont trouvés des administrateurs distingués, tout à fait exceptionnels ont été les hommes de science. Autre démonstration plus péremptoire encore : les choix faits pour les asiles placés au siège des Facultés où un cours de psychiatrie était institué. Sans conteste, pour ces postes, la valeur scientifique des titulaires aurait dû être la première des considérations. Or, on s'en est si peu préoccupé que d'une ces Facultés, après avoir accordé, sans concours, les attributs et les avantages de l'agrégation, a ramené la situation à celle d'un simple chargé de cours et qu'une autre, plus radicale, a supprimé l'enseignement des maladies mentales.

III. Par quoi le studieux aurait-il donc été encouragé ?

Dans quel but se serait-il acharné soit à des recherches cliniques, soit à des travaux de laboratoire, puisque ni sa nomination au grade de chef de service, ni ses promotions de classe, ni ses résidences, pas même son choix comme professeur, n'en dépendaient? Lui restera-t-il au moins l'espoir, s'il se distingue, d'obtenir, en récompense de ses efforts et de ses succès, d'être appelé à Paris? Cela moins encore que le reste, car les médecins en chef de la Seine se recrutent parmi les seuls adjoints de ce département, en fonctions au moment de la vacance. Et ne croyez pas que la Seine eut un adjavat spécial quand on mettait ainsi hors la loi l'immense majorité des aliénistes français et transformait Paris en poste de débnt, tels Rodez ou Angoulême? Mais qu'importe. Par le hasard et les protections se trouver, même sans titre scientifique aucun, en fonctions d'adjoint au moment de la vacance, voilà qui suffit! Il eut été compréhensible qu'on limitât ce choix aux plus dignes d'entre ceux attachés autrefois ou dans le présent à la Seine, car on pouvait invoquer à l'appui de cette exigence des services rendus à récompenser et une connaissance déjà approfondie des asiles à desservir. Non, indignes tous les médecins qui sont en province, quel que soit leur mérite, quel que soit leur passé, comme si, en franchissant les fortifications, ils avaient perdu leur nationalité. Avec ce système, que je juge ici, en dehors, bien entendu, de toute personnalité, exclusivement en lui-même et dans ses conséquences possibles, non sur les résultats qu'il a pu donner; avec ce système, Morel, Parchappe, Renandin, Aubanel auraient été dédaigneusement repoussés, parce que c'est à Ronen, à Nancy et à Marseille qu'ils ont illustré la psychiatrie française, et on leur préférerait, par cela seul qu'ils seraient en exercice à l'heure propice de la nomination, l'inconnu qui, lors de son élévation à l'adjvat, n'avait peut-être jamais de sa vie

entrevu un aliéné ! En vérité, on croit rêver. Le plus affligeant est que cette organisation de fantaisie porte le dernier coup à l'étude de l'aliénation mentale. Elle enlève, en effet, le dernier stimulant au travail et achève ainsi de décourager les chercheurs qui placent la science au-dessus des petites combinaisons, et s'indignent qu'à Paris la valeur scientifique ne soit pas plus appréciée qu'à Fonilly-les-Oies. Aussi tous les gens de bonne foi ne sauraient ne pas désirer la fin d'un si déplorable état de choses. Pour cela, il faut, ou que la Seine ait un corps spécial d'aliénistes, ou que ses chefs de service soient choisis parmi l'élite des médecins d'asile qui ont su, par leurs travaux, s'acquérir une notoriété.

La première idée a eu en M. Bourneville un défenseur convaincu. En principe, elle sourit assez. L'idéal serait de posséder ainsi deux corps distincts d'aliénistes, l'un pour la capitale, l'autre pour la province. Les médecins en chef de la Seine se recruteraient par concours public, exclusivement parmi les adjoints du département, choisis eux aussi par le même moyen parmi les internes qui de leur côté auraient la même origine. Ceux que rebuterait cette triple série d'épreuves difficiles ou qui seraient moins passionnés pour la science pure trouveraient place dans le corps des aliénistes de province, plus nombreux, partant plus accessible. Par malheur, le proverbe dit vrai qu'il y a loin de la coupe aux lèvres. En pratique, une telle organisation pour la Seine se heurte à cet obstacle, que les médecins adjoints s'éterniseraient le plus souvent dans l'adjuvat, perspective qui éloignerait beaucoup de candidats sérieux. Par exemple, en ce moment, sur neuf chefs de service nous sommes sept n'ayant pas quarante ans ou les ayant à peine, l'avenir paraît donc bien limité pour l'instant ; or, tandis que le concours des hôpitaux ouvre la clientèle à l'élu, celui des asiles la lui fermerait, d'abord parce que les règle-

ments l'interdisent, ensuite et surtout parce que, sauf Sainte-Anne, les établissements sont situés dans la banlieue. En vain, pour parer à cet inconvénient, accorderait-on aux adjoints, après un certain temps, les appointements et l'avancement pécuniaire des chefs de service ; avec l'âge il devient pénible d'être en sous-ordre, alors même que le côté matériel est sauvegardé. Il en résulte des froissements qui amènent des conflits au grand préjudice des malades. L'expérience tentée jadis à Charenton me paraît à cet égard très concluante. Eu conséquence, seuls les médecins en chef de la Seine pourraient former un corps spécial et c'est là, si je ne me trompe, la manière de voir de M. Bourneville. Mais alors il serait rationnel et juste de n'admettre aux épreuves que les médecins attachés déjà, soit en qualité d'adjoints, soit en qualité de chefs de service, aux établissements publics d'aliénés. Les ouvrir à tous, serait, comme le pensait Foville, favoriser de jeunes docteurs sortant de l'internat, inexpérimentés le plus souvent en matière d'aliénation, mais encore rompus aux pratiques des concours.

Je sais cependant que M. Bourneville, pour donner satisfaction à tous les intérêts et surtout pour rendre justice aux concurrents, a demandé qu'aux épreuves théoriques et pratiques fut ajoutée une épreuve nouvelle : l'examen des titres scientifiques, en y joignant une appréciation des services rendus, et je reconnais volontiers que cette innovation enlèverait à l'argument de Foville une grande partie de sa valeur. Néanmoins je persiste à penser qu'il serait plus équitable de réserver les places de chef de service à Paris à ceux déjà engagés dans la carrière. Cela me semble d'autant plus important, pour n'effaroucher aucune bonne volonté, qu'à l'inverse des hôpitaux, les asiles, je le répète, ferment la clientèle. Dans tous les cas, quelle que soit la combinai-

son adoptée, elle vaudra mieux pour la Seine que le mode actuel de recrutement qui outrage à la fois le bon sens et l'équité.

IV. D'après le projet présenté par la Commission de l'ancienne Chambre, dont M. Bourneville fut le rapporteur, dans toute la France les médecins en chef seraient nommés sur une liste de présentation dressée à la suite d'un concours public entre les médecins adjoints. Le concours public, c'est certain, fournit les moyens de juger des connaissances de qui le subit. Il constitue donc une institution excellente toutes les fois que le but est d'apprécier l'étendue du savoir, mais il est radicalement incapable de donner la mesure de la valeur et de l'originalité d'un savant; seuls ses mémoires originaux, ses communications aux sociétés savantes et ses livres la fournissent. Aussi, autant je suis partisan du concours public pour le recrutement des internes et des adjoints, alors qu'il s'agit de se rendre compte des connaissances possédées par les postulants, autant je serais porté à le repousser pour les médecins en chef qui auront fourni deux fois déjà la preuve de leur instruction et dont le talent seul est à apprécier. Et puis est-ce une bonne gymnastique psychique que ces longues années passées à préparer des épreuves théoriques? L'esprit, à ce jeu, est exposé à perdre son originalité, sa fraîcheur d'impressions. Ce travail est loin d'être fécondant; le temps qu'il absorbe serait mieux employé à des recherches personnelles. Cette inquiétude, M. Bourneville l'a ressentie déjà avant moi, car il l'invoque pour justifier l'épreuve des titres scientifiques dont j'ai parlé plus haut. Aussi à être franc, j'inclinerais vers un corps unique pour la Seine et la province de médecins en chef recrutés parmi les adjoints par un concours sur titres scientifiques. On redoutera peut-être qu'une telle organisation ne laisse par trop la porte ouverte au favori-

tisme, cette plaie du fonctionnarisme chez nous. Mais croit-on sérieusement que le concours public la ferme? Il faudrait pour cela n'y avoir jamais assisté ni comme juré, ni comme candidat, ni même comme simple auditeur. Dans l'un et l'autre cas, la faveur qui n'abdique jamais ses droits s'exerce sur des gens de mérite à peu près équivalents. A cet égard, les deux modes de recrutement se valent. D'ailleurs le concours sur titres scientifiques a fonctionné deux fois déjà en France, il y a une douzaine d'années, pour l'inspection générale et pour Charenton, et il n'y a eu qu'à se louer de ses choix. Quel autre que Foville, administrateur distingué et aliéniste de renom, était plus apte à remplir les délicates fonctions d'inspecteur général et, quant aux deux médecins nommés à Charenton, chacun sait de quels remarquables travaux M. Christian et M. Ritti ont enrichi notre spécialité. Que le concours sur titres donne pour les asiles publics des résultats identiques, les plus difficiles auront lieu de se déclarer satisfaits.

On y parviendra, à la condition de bien constituer le jury chargé de dresser les listes de nomination et d'avancement. De nos jours, le ministre est renseigné par les administrations préfectorales, et cela n'a pas peu contribué à la décadence des études psychiatriques, car non seulement ces administrations sont incapables d'apprécier le mérite des aliénistes, mais l'expérience prouve que leurs sympathies sont d'ordinaire en raison inverse de ce mérite. Elles ont une tendresse particulière pour les *machines à certificats*, selon la jolie expression du D^r Chambard qui mérite de rester. Plus mince, en effet, est le bagage scientifique, plus souple est le fonctionnaire, plus absolue sa soumission aux désirs des bureaux; or les administrations préfectorales, d'habitude, jugent les capacités par le degré de docilité. C'est connu de tous. Par contre le Conseil supérieur des aliénés, tel

qu'il est constitué par l'article 13 de la loi sénatoriale, offrira toute garantie de justice et de compétence. C'est à lui qu'il conviendrait de confier le soin de désigner, d'après les titres scientifiques, les nominations à faire, les avancements et les résidences à accorder. Mais alors que deviendront les protégés de M. Samuel Garnier, les modestes combattants ? Nous caressons l'espoir qu'on ne demandera pas notre mort, qu'on nous gratifiera même quelquefois d'un tour à l'ancienneté ; mais comme nous réalisons le type de ces fonctionnaires modestes autant que dévoués qui ont été de tout temps le plus bel ornement des sous-préfectures, le Comité supérieur nous y laissera à l'avenir.

Telle devrait être, à mon avis, l'organisation du service médical des asiles avec un seul corps de médecins adjoints, recrutés à la suite d'un concours public tel que je l'ai esquissé, parmi les internes nommés dans les diverses Facultés par le même procédé, et aussi avec un corps unique de médecins en chef choisis parmi ces médecins adjoints, d'après un concours sur titres scientifiques dont les juges seraient les membres du Comité supérieur des aliénés, à qui incomberait en outre la mission de désigner, toujours selon les travaux de ces fonctionnaires, l'avancement par classes et résidences. Tous les droits seraient ainsi sauvegardés et l'émulation développée d'un bout à l'autre du service. Mais que ces dispositions soient inscrites dans la nouvelle loi, car le passé nous autorise à tout redouter de l'avenir. Certes, sans exception, tous nous proclamons très haut la compétence absolue et la profonde honnêteté de la direction actuelle de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur. Nous devons à M. Monod l'institution du concours pour l'adjuvat et les premières nominations de chefs de service, en dehors de l'ancienneté, basées sur la valeur personnelle des sujets, une double révolution

salutaire ; mais les hommes passent, les décrets et arrêtés sont promulgués pour être ensuite injustement violés ou modifiés selon les caprices du jour, tandis que les lois restent et imposent le respect.

V. Si, triomphant de tous les découragements semés le long de la route, quelques natures robustes seraient parvenues quand même à réaliser des travaux, restait pour les achever la réunion des services ; les plus vaillants y ont succombé, car oui, mille fois oui, le directeur tue le médecin, non seulement en tant qu'homme de science mais encore en tant que praticien. En tant qu'homme de science d'abord, et cela suffirait déjà à condamner l'institution, parce que, M. Chambard l'a parfaitement établi, la liberté d'esprit nécessaire pour mener à bien des recherches suivies n'existe plus. Et qu'on n'oppose pas l'exemple de l'étranger, car nous différons de nos voisins par le tempérament et les mœurs. Il faut considérer les résultats exclusivement chez nous ; or, ici la direction médico-administrative a été fatale à la science et aux malades, je l'établirai dans un moment par des faits. Faisons d'abord justice de l'antique argument repris par M. Samuel Garnier, qui consiste à citer Parchappe et Renandin. Il est puéril ; deux hommes exceptionnels ne prouvent rien. Qu'on donne à tous les médecins des asiles leurs brillantes facultés avec leur puissance de travail et je me rangerai à la réunion des services. Une organisation doit avoir en vue la moyenne des capacités, non les grands talents. M. Samuel Garnier a trouvé pourtant une objection neuve. Il remarque avec justesse que de nos jours les médecins en chef ne produisent pas plus que leurs collègues chargés des fonctions médico-administratives, tant il est vrai que la psychiatrie française se meurt. Mais, à mon avis, la raison du fait trop exact relevé par M. Samuel Garnier est dans la division actuelle des fonctions qui impose

aux médecins, je le montre plus loin, une situation si ridicule et si difficile qu'ils refusent le plus souvent de la conserver; les quelques rares qui s'y résignent sont poussés non par passion de la science, mais plutôt par amour de la tranquillité et désir de résider dans un grand centre, sachant parfaitement que leur infécondité ne gênera en rien leur élévation de classes de trois ans en trois ans. Il serait donc injuste dans l'état actuel des choses de s'armer de cette infécondité.

Mais j'ai hâte d'arriver aux preuves directes. J'aurais tout d'abord le droit d'invoquer mon expérience personnelle, puisque pendant cinq ans j'ai été le directeur-médecin d'un asile déjà considérable et que je me suis convaincu par moi-même de la réalité de tout ce qu'a écrit M. Chambard. Je m'en abstiendrai, car M. Samuel Garnier serait en droit de me répondre que mes travaux comme médecin en chef ne sont pas plus nombreux et sont aussi insignifiants que ceux publiés durant ma direction médico-administrative. D'ailleurs mon cas importe peu, ce qui importe bien davantage et prouve sans réplique l'action néfaste de la réunion des services, c'est la perte pour la psychiatrie, parmi le personnel médical actuel des asiles, d'une bonne dizaine d'aliénistes très remarquablement doués à tous égards, qui seraient devenus des savants de premier ordre et que cette réunion a émasculés. Comme internes, médecins adjoints et médecins en chef, ils ont publié des travaux distingués où, à côté d'une érudition solide, perçaient un fin talent d'observation et, qualité la plus précieuse de toutes, un jugement droit. Nommés directeurs-médecins, ils ont employé, les malheureux, leurs brillantes facultés à cultiver la pomme de terre et à surveiller les économes! En réalité, ils n'ont plus rien, ou presque plus rien produit. Pour s'en convaincre, qu'on dresse le bilan de la production scientifique des aliénistes français avant et

après leur élévation aux fonctions médico-administratives, et quand on aura terminé l'opération sur les vivants, qu'on la recommence sur les morts ; si on n'acquiert pas ainsi la preuve éclatante que de tout temps, en France, le directeur a tué le médecin, je consens à me convertir à la réunion des services.

Malheureusement il y a plus encore, car le directeur tue aussi le praticien. Dans les établissements un peu considérables, le directeur-médecin est dans l'impossibilité matérielle de faire face, chaque jour, à ses doubles fonctions et il est obligé de déléguer à son adjoint une partie de ses attributions médicales. Permanente, cette délégation a tous les inconvénients signalés par M. Chambard à M. Constans qui en est le partisan ; intermittente, elle supprime l'unité, partant l'efficacité du traitement. Mais alors même que le directeur-médecin accomplit toutes les obligations de sa charge, les aliénés sont encore victimes de la réunion des services, car pour celui-ci, l'objectif est le budget. J'ai passé, dans le courant de ma carrière, par cinq asiles départementaux et j'en ai dirigé un, je suis donc fixé sur ce point en connaissance de cause. Le but principal pour le directeur-médecin est de soumettre au Conseil général, dont il dépend absolument d'après l'organisation actuelle, comme le remarque M. Samuel Garnier avec une tristesse que je partage, des comptes se soldant par un excédent ; car, vérité affligeante, c'est sur cet excédent que les conseillers généraux l'apprécient et lui votent ses augmentations de traitement, sans se montrer trop sévères sur les moyens par lesquels il l'obtient. Si, avec des ressources insuffisantes, il s'avisait de présenter un budget de prévisions en déficit, sous prétexte de bien-être et de traitement de ses malades, il serait très probablement soumis à l'examen d'une commission de collègues chargés de s'assurer de son état mental. Et, quoiqu'en pense M. Samuel

Garnier, plus le prix de journée payé sera dérisoire, plus le directeur absorbera le médecin; car plus il sera difficile d'obtenir cet indispensable excédent, sans lequel il n'y a pas d'avancement à attendre de l'assemblée départementale, sans lequel un déplacement est fort à redouter.

Ah! ces assemblées départementales, quel mal elles font aux aliénés depuis vingt ans! Les unes désorganisent le service médical et affichent, avec cynisme, le mépris de la science; les autres votent des sommes dérisoires qui, en fait d'alimentation, ne permettent pas souvent plus que la pomme de terre en robe de chambre ou la salade de saison, tandis que celles-ci, à la barbe du Conseil d'État, s'emparent, par voie indirecte, des bénéfices réalisés, en rognant le prix de journée dont elles sont les souveraines maîtresses! Que faut-il donc de plus pour convaincre de leurs dispositions malfaisantes? Le Congrès de Rouen a émis contre elles un vœu. Pour le plus grand bien des malades qu'il soit exaucé!

VI. Puisqu'il en est ainsi, puisque la direction médico-administrative a des conséquences aussi déplorables, d'où vient que la presque totalité des aliénistes français la réclament et la réclament avec fureur? Tout simplement de ce que la division des services, telle qu'elle fonctionne, est inacceptable pour le médecin. Et voilà comment, dans notre beau pays de France, on perd les meilleures choses. Condamner le principe de la séparation des pouvoirs sur l'organisation actuelle, serait aussi illogique et aussi injuste que de condamner, par exemple, le principe de l'hydrothérapie sur des appareils sans pression. Si tout, en effet, ai-je montré, fut établi de façon à dégoûter les aliénistes des travaux scientifiques, tout, dans la division des services, est agencé de façon à les éloigner des fonctions de médecin en chef.

Et d'abord le recrutement des directeurs, véritable humiliation pour nos établissements et leur personnel médical. M. Chambard et, surtout, M. Constans ont montré déjà, ici même, dans quelles déplorables conditions il s'est effectué. La vérité est que la Direction administrative des asiles a été, à quelques exceptions près, un refuge de *fruits secs* de toutes les carrières. Mais mes deux distingués confrères n'ont pas dit l'arrogance extrême, avec ses regrettables conséquences pour les malades, de ces hommes que leur passé pourtant devrait rendre bien modestes. Ils n'ont pas franchi le seuil de la maison que déjà ils ont la bouche pleine de : *mon asile, mes médecins, mes collaborateurs* et, comme en tout et partout ils ont l'autorité ainsi que le pas sur les médecins, le public, voyant en ceux-ci des subordonnés, ne manque pas de les juger gens de bien mince valeur puisqu'on leur donne de tels chefs pour les diriger. De là, dans les services, désordre et indiscipline dont pâtissent les aliénés. Le directeur, étranger à son métier, est incapable d'obtenir le respect et l'obéissance ; le médecin, ridiculisé par la supériorité que cet insuffisant s'attribue, est sans action et sans autorité pour son personnel. Essaye-t-il de s'insurger contre les sottises autocratiques de la direction, eut-il mille fois raison, il s'expose fort à être déplacé ; qu'on se souvienne de ce que M. Constans, avec sa grande expérience, a écrit dans ce journal sur ce dernier point.

Je ne connais pas un directeur qui, en province, dans une lutte avec le service médical, ait jamais eu le dessous. Ainsi, à l'un on demande un diplôme de docteur qui nécessite de longues et difficiles études, en outre, un stage de six à sept ans au moins, soit comme interne, soit comme médecin adjoint ; l'autre a le droit d'être incompetent et qui plus est un *raté*, d'âge déjà respectable, et c'est précisément à celui qu'on a été ramasser

parmi les rebuts de toutes les professions les plus étrangères à l'assistance des aliénés qu'on accorde le prestige et l'autorité ! En toute sincérité, une telle situation est-elle acceptable pour le médecin en chef ?

Elle ne l'est même pas quand, par extraordinaire, il tombe sur un directeur intelligent et compétent. M. Constans l'a démontré dans son mémoire avec autant d'humour que d'autorité ; mais au lieu de conclure à une modification du règlement qui consacre de tels résultats, il en a tiré la justification de la réunion des services. N'est-il donc aucun autre remède au mal ? Les fonctions directoriales sont-elles d'une importance telle qu'il faille les entourer d'une auréole ? Oh ! non, elles sont très subalternes. A l'époque où je les exerçais, j'avais coutume de les résumer familièrement en deux mots que je demande la permission de reproduire : haricots et bois de lit ; haricots symbolisant la culture et l'alimentation, bois de lit symbolisant les meubles et immeubles. Toute la direction administrative est pour ainsi dire là, et à cet égard elle fait double emploi avec l'économat. Mais le directeur n'est pas seulement une espèce de fermier-traiteur, il est aussi un policier ; de là sa nécessité, car en cette qualité il a surtout pour mission de surveiller l'économe et, à en juger par mes cinq années de direction, cette surveillance doit être continue, de nuit et de jour. Néanmoins, en dépit de cette trinité d'attributs, la direction administrative n'en est pas moins une besogne secondaire, ne nécessitant aucun relief. M. Constans la rapproche avec raison de la fonction des commissaires du bord. Ceux-ci s'acquittent fort bien de leur emploi sans qu'il ait été nécessaire de transformer le commandant en riz-pain-sel. Pourquoi M. Constans veut-il dès lors en faire un du médecin en chef ?

VII. — Et puis la solution du problème a été trouvée depuis 1881, par le cinquième groupe de la Commission

des aliénés dont M. Bourneville fut le rapporteur aussi consciencieux qu'autorisé. Le directeur disparaît pour laisser la place à un *administrateur placé sous le contrôle du service médical qui correspond directement avec la Préfecture*. Il n'y a plus, en conséquence, qu'à rédiger un règlement du service intérieur en s'inspirant de cette décision. Si ce règlement est bien établi, et il le sera en confiant la rédaction à des spécialistes autorisés, les craintes de M. Samuel Garnier ne se réaliseront pas, surtout si on enlève l'ordonnancement des dépenses à l'administrateur, pour en charger la Préfecture.

Mais quelque subalternes que soient les fonctions directoriales et même en ramenant le directeur à ce qu'il doit être, le principal employé de l'asile, il serait excessif de continuer à exiger seulement de lui, pour être choisi, et même promu d'emblée à la première classe, voire à l'exceptionnelle, qu'il connaisse le français et qu'il ait des amis. Excessif aussi de continuer à donner pour collègues, ainsi qu'il est arrivé, à des savants dont le nom fait autorité en science, des lithographes, des meuniers, des commis-voyageurs ou des employés de tramways, gens parvenus à la cinquantaine sans avoir réussi à s'assurer une petite situation dans leur modeste partie et convaincus néanmoins de leur supériorité sur le service médical, parce qu'ils ont été placés du premier coup, malgré leur incompétence notoire, au sommet de l'échelle que les médecins ont dû gravir échelon par échelon. Aussi, plus encore que partout ailleurs, une réforme ici s'impose. Pour la dignité et le bon fonctionnement du service, il est de toute nécessité de créer une hiérarchie administrative à trois degrés, correspondant mais subordonnée aux trois degrés de la hiérarchie médicale. Les administrateurs devraient être toujours choisis parmi les receveurs et les économes, et ceux-ci parmi les secrétaires de direction. Telle est l'organisa-

tion que j'ai déjà défendue dans mon mémoire de 1887 sur l'ensemble de la loi sénatoriale, publié par les *Annales d'hygiène et de médecine légale*. Mais il est indispensable de l'entourer de toutes les garanties de capacité et de savoir que nous avons réclamées pour les médecins. A l'instar des internes, les secrétaires pourraient être recrutés, me semble-t-il, par des concours régionaux. Le système proposé par M. Samuel Garnier, excellent en principe, aurait en pratique le grave inconvénient d'éloigner des jeunes gens de mérite, trop déshérités de la fortune pour rester dix-huit mois sans être payés, même avec les avantages du logement et de la nourriture. Puis je voudrais, comme pour les médecins adjoints, qu'un concours entre ces secrétaires désignât les receveurs et les économes, lesquels constitueraient eux aussi un corps unique pour toute la France. Enfin, de même que les médecins en chef seraient choisis parmi les adjoints, promus de classe et pourvus de résidence par le Conseil supérieur d'après les titres scientifiques, les administrateurs seraient choisis parmi les receveurs et économes, promus de classe et pourvus de résidence par ce même Conseil d'après les titres administratifs. Des gens compétents en ces matières seraient chargés d'indiquer les conditions et de rédiger les programmes de ces concours.

Et maintenant puisse la lumière jaillir de ces chocs ! La question du personnel médico-administratif des asiles et de son recrutement, si étrangement oubliée par le législateur de 1838, est la plus importante peut-être de toute la nouvelle loi ; car tant vaudra ce personnel, tant vaudra le service. Qu'il soit supérieur, et sur presque tous les autres points il deviendrait inutile d'opérer d'autres réformes !

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de médecine. Séance du 25 mars 1890.

Autographisme et stigmates; par M. Mesnet. — Ma communication a pour but d'appeler l'attention de l'Académie sur un fait de physiologie pathologique dont la connaissance exacte et la saine interprétation eussent sauvé du bûcher un grand nombre de victimes.

Il appartient, par sa valeur rétrospective, à l'histoire de la sorcellerie du ^{xvi}^e et du ^{xvii}^e siècle.

A cette époque de possession, où la croyance au surnaturel faisait intervenir le démon dans les actes *de la vie et du monde*, où le convulsionnaire était un possédé, où la grêle qui ruine la moisson, où l'inondation qui dévaste la campagne, où l'incendie qui détruit la maison, était le résultat d'une évocation diabolique inspirée par la méchanceté et la vengeance; à cette époque, dis-je, le diable régnait en maître, et les cours judiciaires, les Parlements, qui reconnaissaient sa toute-puissance, condamnaient impitoyablement au bûcher les malheureux que la clameur publique conduisait à leur barre. Tel, par exemple, le Parlement de Lorraine, dont les jugements sont inscrits et commentés dans ce livre manuscrit, dédié à l'illustre duc et cardinal Charles de Lorraine, par Nicolas Rémy, procureur général et conseiller privé du duc, livre écrit en 1595, dans lequel nous trouvons les instructions et jugements de plus de neuf cents individus qui, en Lorraine, ont, dans l'espace de quinze années, payé de leur tête le crime de sorcellerie !! Les mêmes procès, les mêmes exécutions se multipliaient partout en France, de l'Est à l'Ouest, du Nord au Sud, de même qu'en Angleterre, en Espagne, en Suisse, en Allemagne, en Italie !!

Il est vraiment difficile, même à trois siècles de distance, de rester indifférent à de pareilles hécatombes ! C'est pourquoi j'ai pensé que vous trouveriez peut-être quelque intérêt à connaître

et à voir passer sous vos yeux quelques exemples des stigmates qui, à cette époque, accusaient le plus directement la présence du démon.

Tout être accusé de sorcellerie, soit pour la singularité de ses actes, soit par la simple déclaration de quelque malveillant voisin, était, en présence de ses juges, soumis à l'examen le plus minutieux de toutes les parties de son corps.

L'examen se faisait sous la pression de l'idée préconçue : que le diable marquait le plus souvent sa présence par quelque signe particulier, apparent à la surface du corps ; une tache de la peau, une touffe de poils sur une plaque épaissie du derme, étaient suspectes ; le pincement sans douleur, l'insensibilité à la piquûre d'une épingle étaient signes certains, de même que les empreintes, considérées invariablement comme le sceau de la griffe du démon.

Il arrivait même souvent, qu'en dehors de tout signe extérieur propre à l'accusé, le fait seul entraînait, par son éclat et par sa notoriété, la condamnation sans preuves.

Tel était, à cette époque, le rôle des stigmates devant la justice ; *ils avaient une importance capitale*. Voyons ce qu'ils sont aujourd'hui, au point de vue nosologique.

Il y a dix ans, à l'hôpital Saint-Autoine, mon collègue et ami, Dujardin-Beaumetz, avait dans son service une femme dont la peau rougissait au moindre contact, sans que la malade éprouvât de chaleur ni de démangeaisons aux points érythémateux.

On pouvait, à l'aide d'un crayon ou d'une pointe mousse quelconque, promenéée légèrement sur les différentes parties de son corps, provoquer des reliefs de toute forme, de toute figure, que nous voyions se développer en quelques minutes sur tous les points parcourus par l'instrument.

C'était un fait nouveau, qui fixa d'autant plus l'attention de Beaumetz qu'il ne le trouva signalé nulle part.

Ayant remarqué, en outre, la coexistence de troubles nerveux multiples, tels que des mouvements spasmodiques des paupières étendus à quelques muscles de la face, une impressionnabilité excessive, se traduisant par des pleurs ou des rires involontaires, quelques phénomènes de catalepsie associés à des convulsions hystériques, Beaumetz me demanda d'examiner avec lui cette malade, au double point de vue de son système nerveux et des manifestations cutanées qu'elle présentait.

Elle avait la peau blanche, fine, d'aspect normal sur toute la

surface du corps, à cela près qu'elle avait perdu toutes ses sensibilités, que l'analgésie et l'anesthésie étaient complètes en quelque point qu'on tentât l'expérience.

Elle ne sentait ni le contact de ses vêtements, ni le pincement des bras et des jambes. Le simple contact d'une pointe d'épingle — qu'elle ne sentait pas, — produisait aussitôt une rougeur diffuse, suivie bientôt d'une élévation d'un blanc rosé qui mettait en relief le point sur lequel l'épingle avait été promené. Il en était de même pour toute excitation de la peau produite par un corps dur quelconque ; par les ongles, par le grattage, par un pli de sa chemise, par une pression sur un meuble.

Si, prenant un stylet moussé, un crayon taillé fin, nous tracions sur ses épaules, sur sa poitrine, sur les bras, sur les cuisses, le simulacre d'un mot, d'un nom, d'une figure, en promenant légèrement l'instrument sur tous les points figuratifs du mot ou de l'inscription que nous voulions produire, nous voyions presque à l'instant une rougeur vive se manifester sur la ligne parcourue par l'instrument.

Cette rougeur diffuse constitue le premier temps du phénomène.

Deux minutes après, la lettre ou l'inscription commence à paraître sous forme d'un tracé blanc rosé, d'une teinte beaucoup plus pâle que l'érythème rubéolique qui l'encadre de tous côtés. Ne quittez pas la malade, suivez attentivement les diverses phases de l'expérience, et vous voyez l'inscription se compléter sous vos yeux, la ligne pâle s'étendre, grossir rapidement, prendre un relief de plus en plus saillant, arrondi au sommet, et atteindre le volume d'une demi-plume d'oie appliquée sur la peau.

Bien des fois nous avons obtenu ainsi des inscriptions assez développées pour qu'on pût les lire à vingt mètres de distance.

En voici quelques exemples reproduits par ces photographies, que je fais passer sous vos yeux ; je les dois à l'obligeance d'un jeune artiste qui m'a prêté gracieusement son concours ; elles ont été faites cinq minutes après le tracé, et n'ont été ni exagérées, ni retouchées ; sur le dos, vous voyez inscrit en gros caractères le quantième du mois et l'année de l'expérience ; sur la poitrine, une série de signes cabalistiques.

Tout dans ce monde a un nom, les êtres comme les choses ; nous discutâmes longtemps sur le nom qui conviendrait au fait nouveau que nous venions d'étudier, nous nous arrêtàmes au

mot **AUTOGRAPHISME** que j'avais proposé; c'est le nom sous lequel il a vécu jusqu'à ce jour, en attendant un meilleur!

La première indication en a été faite par Beaumetz à la Société des hôpitaux, dans la séance du 11 juillet 1879 (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, t. XVI, 2^e série, p. 197, 1879). Depuis cette époque, un certain nombre de nouveaux faits ont été observés à la Salpêtrière, à Bicêtre et dans plusieurs hôpitaux.

Telle est l'expression de l'autographisme dans toute sa simplicité; étudions maintenant sa pathogénie, et la part qu'il avait autrefois dans les procès de sorcellerie.

Ma communication s'établit sur quatre observations: la première est celle de la malade qui a été le point de départ de cette étude; les trois autres ont été recueillies dans mon service, et comprennent deux femmes et un homme.

L'ensemble de ces observations présente un air de famille qui démontre, *a priori*, leur commune origine: troubles fixes et persistants des sensibilités périphériques, analgésie, anesthésie soit générale, soit partielle, insensibilité des muqueuses à leurs points d'origine, souvent troubles fonctionnels des organes des sens, particulièrement de la vue et du goût, tels sont les caractères communs à tous ces malades (1). D'autre part, l'examen de la sensibilité morale, de l'émotivité, du caractère, nous démontre chez tous une grande mobilité de l'esprit, une impressionnabilité très vive, des modifications incessantes du caractère, des alternatives subites de gaieté ou de tristesse que rien n'explique, ni ne motive, tantôt de l'indifférence, tantôt de l'exaltation des sentiments,... en un mot, toutes les expressions du nervosisme hystérique, qui s'accuse, du reste, chez la plupart d'entre eux, par les manifestations plus ou moins fréquentes des grandes attaques de l'hystérie convulsive.

Étant donné le terrain pathogénique sur lequel se développe le phénomène que nous voulons étudier, recherchons dans quelles conditions il se réalise?

Peu importe que la partie de la surface cutanée sur laquelle vous ferez l'expérience, chez un malade autographique, soit

(1) La malade de l'observation n° 3 semble faire exception à cette loi; elle avait, en effet, conservé ses sensibilités, mais hyperesthésiées, et elle présentait, d'autre part, à leur maximum d'intensité, tous les autres troubles nerveux de nature hystérique.

sensible ou insensible, vous verrez le phénomène se produire toujours le même.

Prenons la malade de l'observation n° 2, dont je vous ai présenté les photographies. Elle est hémi-anesthésique gauche, avec la ligne médiane du corps pour limite exacte. Portez le stylet sur l'épaule, le dos, le bras gauche; elle ne sentira rien, ni piqure, ni contact; elle n'aura aucune connaissance de l'opération pratiquée sur elle; l'impression portée sur sa peau sera pour elle indifférente et nulle, puisqu'elle n'aura produit aucune sensation. Du côté droit, il en est tout autrement; la sensibilité conservée s'éveille au moindre contact; l'impression du stylet promené sur la région dorsale, devient sensation dès qu'il a dépassé la ligne des apophyses épineuses, limite exacte de l'anesthésie.

Ces conditions si dissemblables du premier temps de l'opération, ne modifient cependant en rien la manifestation du phénomène autographique; il n'est, sur l'un comme sur l'autre côté de la région dorsale, ni retardé dans son apparition, ni amoindri dans son évolution. Il se manifeste à l'insu de la malade, sans qu'elle éprouve de sensation de chaleur ou de picotement; et après quatre ou cinq minutes écoulées, l'inscription apparaît dans tout son relief, passant d'une épaule à l'autre, sans différence appréciable.

Il est évident que la sensibilité de la peau est bien une condition indifférente, puisque l'impression du stylet sur le côté gauche, *bien que non sentie*, n'en a pas moins son retentissement sur les centres nerveux, centres d'action des actes réflexes, s'accusant par des troubles des vasomoteurs.

L'autographisme est donc assurément un acte réflexe, répondant à une impression sentie à droite, et non sentie à gauche, dont les effets sont les mêmes sur l'un et sur l'autre côté du corps. C'est ainsi que mon ami Vulpian et moi, nous l'avions compris, quand il y a dix ans, nous l'étudiâmes ensemble, chez une première malade que je lui avais conduite dans son laboratoire.

L'autographisme n'est point un fait transitoire, d'une durée éphémère; il persiste comme les troubles nerveux au milieu desquels il se développe. Depuis plusieurs années, je suis et je surveille les malades dont je cite les observations — l'une depuis six ans, les autres depuis quatre et deux ans — sans avoir observé d'autres modifications qu'une différence du plus au moins dans la saillie du relief cutané, ou une persistance plus

ou moins longue de l'empreinte qui disparaît, après deux ou trois heures, au lieu d'une durée prolongée pendant six à huit heures.

Quelques malades m'ont signalé ce fait particulier : que les reliefs de leur peau variaient aux différentes saisons de l'année, et qu'au printemps ils se montraient plus particulièrement avec toute leur intensité.

L'époque des règles, ainsi que les diverses excitations du système nerveux, reportent momentanément le fait pathologique à son maximum de développement (1).

L'autographisme ne peut être cliniquement confondu avec la raie méningitique ou typhoïdique, car il n'y a de commun entre eux, que la teinte érythémateuse qui suit immédiatement la pression de l'ongle ou du stylet sur la peau du malade en expérience.

Il n'en est pas de même de l'urticaire, qui, par ses caractères extérieurs et par ses analogies, se rapproche de l'autographisme au point que tous deux semblent appartenir au même groupe nosologique.

Cependant, ils se distinguent l'un de l'autre, comme se distinguent les différents êtres d'une même famille, par quelques caractères propres à l'individu, qui constituent sa personnalité. C'est ainsi que l'autographisme a été désigné sous le nom d'urticaire artificiel ou factice, en raison des conditions particulières qui président à son développement; il procède toujours, en effet, d'une cause matérielle, d'une excitation mécanique portée à la surface de la peau; et il a pour caractères *sui generis* : la reproduction, en reliefs saillants et teintés, des emblèmes, figures ou mots qu'il a plu à l'expérimentateur de tracer de sa main.

Indépendant de tout état organique appréciable, étranger à la diathèse arthritique, qui compte à juste titre dans l'étiologie générale des urticaires, l'autographisme semble avoir, pour cause prédisposante à ses manifestations, les troubles fonctionnels du nervosisme hystérique.

(1) Se reporter aux observations 1 et 2, et voir les effets obtenus avec différents ingesta, les fruits rouges : fraises, framboises; avec les écrevisses, crevettes, homards, toutes substances développant l'urticaire chez les gens prédisposés; de même que les effets produits par le refroidissement moyennant l'application de la glace, ou la compression asphyxique sur un membre.

Telle est, du moins, la déduction clinique des observations qui ont servi de base à cette étude.

Tous ces malades sont, en effet, profondément hystériques, non seulement par leurs troubles sensitivo-sensoriels, non seulement par les accidents convulsifs à répétitions fréquentes qu'ils nous ont présentés, mais surtout par la facilité avec laquelle ils subissaient tous l'action hypnotique que j'ai, à maintes reprises, constatée chez eux.

Toutefois, il importe, pour rester dans la vérité, de ne considérer l'autographisme, tel que nous venons de le décrire, que comme un fait exceptionnel dans la série des troubles hystériques, puisque nous l'avons, le plus souvent, cherché chez un grand nombre de malades névrosés, sans autre résultat qu'une rougeur suivie d'un tracé sans relief appréciable et sans durée.

Cette série de faits dans lesquels nous voyons coexister chez les mêmes malades : les stigmates de l'autographisme d'une part, et d'autre part une extrême impressionnabilité à subir l'action hypnotique, nous conduit à émettre la proposition suivante :

Y aurait-il quelque trait d'union, quelque relation intime, entre les troubles des vasomoteurs périphériques, provoqués par l'action mécanique d'un stylet porté sur la peau, et les perturbations dynamiques qui accompagnent l'hypnotisme?

En d'autres termes : le phénomène extérieur de circulation capillaire qui se passe sous nos yeux dans l'autographisme, aurait-il son congénère dans un trouble intime et profond de la circulation capillaire du cerveau, trouble que nous ne pouvons constater *de visu*, mais dont les effets se traduiraient à nous, par la dissociation momentanée dans l'exercice des facultés intellectuelles? Je m'arrête devant ce point d'interrogation.

Messieurs, l'étude des stigmates et des empreintes n'ayant plus aujourd'hui qu'une valeur rétrospective basée sur la signification que leur donnaient les parlements d'autrefois, je dois, pour compléter et pour justifier ma communication, vous dire en quelques mots comment ces parlements comprenaient :

1° Les agissements du *démon* pour circonvenir et envelopper sa victime;

2° Et quelles marques il lui imprimait pour établir sa possession!

Ce qui conduit les hommes à cet abîme, — dit Nicolas Remy, procureur général et conseiller privé du duc de Lorraine, — et par abîme il entend *possession*, — c'est de vouloir examiner

et soumettre à leur jugement des dogmes qui dépassent la raison ; c'est d'avoir l'esprit empreint de faiblesse et d'ignorance, naturellement porté à la crédulité ; et de se laisser entraîner par des passions violentes telles que la colère et la cupidité.

Alors, intervient le démon attentif aux faiblesses humaines, sans cesse à la recherche des hommes lâches que la pauvreté réduit au désespoir, que le ressentiment conduit à la vengeance, et qui sont disposés à tout sacrifier pour obtenir l'objet de leurs désirs.

Dès qu'il les trouve, il dresse contre eux toutes ses batteries, parvient à les gagner et à se les dévouer par de grandes et magnifiques promesses.

Nous voilà en plein xvi^e siècle !

Permettez-moi d'emprunter au poème de la démonolâtrie, écrit à cette époque, une citation qui vous peindra, bien mieux que je ne saurais le faire, les prétendus agissements du diable pour circonvenir et envelopper sa victime.

S'il voit l'infortuné plongé dans la misère,
Gémir sur son état avec douleur amère,
S'il l'aperçoit épris d'un amour insensé,
Ou d'une âpre vengeance fortement occupé ;
Il se présente à lui dans quelque solitude,
Et, prenant d'un ami les dehors d'habitude :
— Ah ! mon cher, lui dit-il, d'où vient cet air chagrin ?
Pourquoi désespérer de fléchir le destin ?
Pour peu que vous vouliez vous montrer avec zèle
De mes commandements l'exécuteur fidèle,
Bientôt j'allégerai de vos maux le tourment !
En attendant, prenez cette somme d'argent...
Je saurai mieux, plus tard, arrondir votre bourse.

Telle était, à cette époque *d'illusions, de rêve et de folie*, la part redoutable que l'imagination faisait à Satan dans l'exposition des misères humaines !!

Sa personnalité matérielle et charnelle était chaque jour attestée par les sorcières, qui, déclarant devant leurs juges le voir, le sentir, avoir avec lui quelque commerce impur, justifiaient ainsi, par leurs propres aveux, l'accusation dont elles avaient à se défendre.

Mais ce n'était point assez pour les démons de lier et d'enchaîner par une stipulation de paroles.

De même qu'autrefois les maîtres imprimaient à leurs esclaves des marques pour les reconnaître dans leurs fuites, de

même aussi les démons imprimaient avec leurs ongles des marques qui attestaient perpétuellement la servitude dans laquelle ils avaient entraîné leurs nouveaux adeptes.

Ces marques, ces stigmates étaient, entre tous les signes de possession, le plus démonstratif, le plus fatal ! C'était le *stigma* ou *sigillum diaboli* !

Une éraillure de la peau, une ou plusieurs empreintes accusaient la griffe du diable, marquée soit par un seul ongle, — le plus souvent l'auriculaire, — soit par tous les doigts ensemble appliqués sur la peau.

Une cicatrice — où qu'elle fut placée — était signe de possession ancienne ; une rougeur avec gonflement et saillie indiquait la possession récente.

C'était d'habitude sur les parties découvertes que le diable imprimait sa marque, le plus souvent sur la face, sur le front, souvent sur les épaules, mais quelquefois aussi sur les parties basses du corps, sur les reins, sur les cuisses.

Entre toutes les épreuves, celle de l'aiguille était la plus redoutable ! Car si le démon, *seul*, pouvait, disait-on, rendre la peau insensible à la piqûre, lui *seul* pouvait bien mieux encore faire naître des rougeurs, des élevures, des saillies sur ces régions du corps privées de sensibilité.

Et, quand au milieu de ces cruelles épreuves, survenaient spasmes et convulsions, c'était encore œuvre du diable agitant le corps de sa victime.

Il est heureux qu'à cette époque de fanatisme et d'erreur, l'autographisme dont je viens de vous parler n'ait point été connu ! Assurément il existait alors tel qu'il est aujourd'hui ; assurément il avait ses fatales empreintes qui comptaient, hélas ! comme preuve à condamnation ; mais l'inscription nominale qui lui donne sa caractéristique, ne se trouvant indiquée dans aucun des procès que j'ai eus sous les yeux, a dû passer inaperçue.

Ignorance cent fois heureuse à cet âge de la sorcellerie ! Si l'on veut bien se représenter à quels déplorables entraînements se seraient abandonnés les juges en voyant surgir en caractères irrécusables, sur les épaules d'une accusée, *un nom*, — non pas celui de Marie inscrit sur cette photographie, — mais le nom de *Satan* marquant de son sceau sa malheureuse victime.

Les découvertes de la physiologie ont porté la lumière dans ces ténébreuses questions. Le diable a dû battre en retraite devant les progrès de la Science et de la Raison. Et les convul-

sionnaires stigmatisés d'autrefois, soustraits aux Cours de justice criminelle, sont devenus de sympathiques malades tributaires du médecin.

OBS. I. — Cette malade est celle qui a servi à nos premières études sur l'autographisme.

Entrée à l'hôpital Saint-Antoine en juin 1879, son observation, communiquée par Dujardin-Beaumetz à la Société médicale des hôpitaux, a été publiée en partie dans ses recueils, t. XIV, 2^e série, page 197, 1879. Il me suffira de l'indiquer à grands traits, mais en la complétant par l'étude de quatre années de soins et de surveillance continus.

C'est une femme âgée de vingt-neuf ans, de complexion délicate, et surtout d'un tempérament nerveux très prononcé. Son père est mort à cinquante et un ans d'une affection chronique de la poitrine; sa mère est morte à cinquante-deux ans, ayant eu depuis sa jeunesse un grand nombre d'attaques de nerfs. Elle a eu quatre frères et sœurs, tous aujourd'hui morts: les uns de la poitrine, les autres de méningite tuberculeuse. Le dernier, qui a succombé à l'âge de vingt et un ans à une fièvre typhoïde, était somnambule; il avait l'habitude de courir la nuit sur les toits. Ainsi, tous dans cette famille présentaient une grande faiblesse de constitution et une disposition non douteuse aux névroses.

Notre malade accuse, dès son jeune âge, une grande prédisposition aux affections nerveuses de tout ordre. A neuf ans, elle devient sourde des deux oreilles, et cette surdité, sans écoulement par le conduit auditif, sans mal de gorge, se dissipe après quelques mois. A douze ans, elle est prise d'une chorée violente qui lui enlève le sommeil pendant plus d'un mois, et qui disparaît incomplètement après deux ans et demi de durée, en lui laissant quelques mouvements spasmodiques des paupières et des muscles de la face, ce qui lui donne un aspect grimaçant. A seize ans, la menstruation apparaît; la mort de son père survient à la même époque. Alors se manifesta la première grande crise nerveuse. Elle perdit connaissance pendant trois jours et trois nuits, et présenta pendant tout ce temps une grande agitation de tout le corps.

A dix-huit ans, la mort de son frère lui provoque une nouvelle crise d'une violence extrême qui dura pendant neuf jours. Depuis cette époque jusqu'à l'âge de vingt-huit ans, sa santé fut assez bonne, bien que très nerveuse, très impressionnable,

et sujette à des attaques d'hystérie de moyenne intensité chaque fois qu'on la contrariait.

Vers le mois de mai 1879, elle éprouva de violentes douleurs dans la poitrine, dans le ventre ; ses attaques d'hystérie devinrent plus fréquentes, plus violentes ; et ce fut à cette occasion qu'elle entra à l'hôpital.

L'examen de cette malade, si profondément hystérique par ses antécédents, révèle des troubles nerveux multiples du côté des sensibilités cutanées. La sensibilité générale est profondément modifiée : anesthésie, analgésie complète ; on peut lui traverser de part en part la peau des membres, du ventre, des seins, sans qu'elle ressente la moindre douleur. La sensibilité au froid, à la chaleur, au chatouillement, est complètement abolie. Le tact est affaibli dans une mesure notable.

La malade se plaint plusieurs fois par jour d'une sensation de boule qui part de la région épigastrique, et lui remonte vers la gorge ; elle se plaint également de névralgies intercostales, lombaires, et de vomissements à répétition fréquente.

Tel était l'état de cette malade au moment où nous constatâmes, pour la première fois et par hasard, les phénomènes d'autographisme dont nous venons de donner une description méthodique.

Sortie de l'hôpital après un séjour de deux mois, elle rentra dans mon service trois ans plus tard, au mois de juillet 1882, sans qu'elle eût cessé de venir me voir de temps en temps. Pendant cette longue période de temps, nous avons pu constater un grand nombre de fois la persistance du phénomène autographique, que nous avons constamment retrouvé semblable à lui-même, sans que la malade en éprouvât d'autre incommodité que la persistance des reliefs sur la peau de la face chaque fois qu'elle se piquait ou se grattait.

L'examen que nous fîmes, à cette époque, des diverses sensibilités, nous démontra que l'analgésie cutanée était restée la même ; mais que les troubles s'étaient étendus vers les membranes muqueuses.

L'insensibilité de la pituitaire était complète ; on enfonçait une allumette en papier dans toute la profondeur des fosses nasales, jusqu'au voile du palais, sans provoquer de chatouillement, sans autre effet qu'un larmolement abondant, signe de la conservation du réflexe lacrymal. Si, lui tenant les yeux bandés, on lui mettait au contact des lèvres un verre contenant un liquide quelconque, du vin, du lait, du vinaigre, elle ne s'en

apercevait pas ; et lorsqu'on lui versait le liquide dans la bouche, elle l'avait sans savoir, sans connaître quel il était. L'odorat était non moins perdu.

La malade nous ayant dit que, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, on l'avait trouvée la nuit, en chemise, dans la cour de sa maison, et ramenée dans sa chambre sans qu'elle en eût connaissance, nous apprîmes d'elle qu'elle était depuis longtemps sujette à des accès de somnambulisme spontané, qu'elle marchait la nuit, tout en dormant, comme l'avait fait son frère.

Les troubles hypnotiques constatés dès sa première entrée, en 1879, dans le service de Beaumetz, se retrouvaient tels qu'à cette époque, à cela près qu'ils se montraient avec une intensité beaucoup plus grande. Il suffisait de fixer un instant cette malade pour qu'aussitôt elle s'endormît et présentât successivement les trois grandes phases de la névrose hypnotique : catalepsie, léthargie et convulsions.

Sa sensibilité hypnotique s'était développée au point qu'elle s'endormait quand elle nous voyait venir près de son lit, à l'heure de la visite, et que maintes fois nous l'avons vue, les jours de consultation, s'immobiliser en catalepsie, la main sur le bouton de la porte qu'elle venait d'ouvrir, pour entrer nous demander un conseil.

Elle présentait tous les troubles des facultés intellectuelles et affectives qui appartiennent à cet état, et réalisait l'hypnotisme dans toute son intensité.

Les phénomènes d'autographisme ne s'étaient nullement modifiés depuis quatre ans que nous suivions cette malade ; les tracés faits sur la peau donnaient toujours les mêmes reliefs, dont la durée était de six à huit heures.

Pendant son séjour dans nos salles, j'expérimentai sur elle, à plusieurs reprises, l'action de diverses substances excitantes, telles que : fruits rouges, fraises et framboises, les moules, les huîtres, les écrevisses et crevettes, qui ont plus particulièrement la propriété de provoquer des poussées d'urticaire chez les gens prédisposés. L'effet se produisit sous forme de congestion érythémateuse, diffuse vers la tête et la poitrine, sans élevures papuleuses propres à l'urticaire ; mais pendant vingt-quatre heures, les inscriptions que nous fîmes sur la peau se montrèrent avec des reliefs beaucoup plus saillants, et une persistance plus grande.

Cette malade, dont la santé générale s'altérait de plus en plus depuis quelque temps, marchait à grands pas vers la

tuberculose pulmonaire; quand elle quitta notre service, elle portait des signes certains de destruction tuberculeuse. Elle ne revint plus nous voir, ce qui me conduit à penser qu'elle a dû mourir peu de temps après.

Obs. II. — Jeanne G....., âgée de trente ans, entrée cinq fois dans mon service, de 1884 à 1890, a servi aux photographies présentées à l'appui de ce mémoire.

Les antécédents héréditaires accusent le nervosisme chez ses ascendants; son père, homme violent et emporté, est mort à l'asile de Vaucluse après avoir passé quinze mois chez lui dans un état d'aliénation mentale manifeste. Sa mère a toujours été très irritable, très originale, nerveuse sans convulsions (dit sa fille) et tourne aujourd'hui, à l'âge de soixante-six ans, à la dévotion la plus exagérée.

Pendant son enfance, notre malade a été faible, délicate, malade, n'a marché que fort tard. Réglée à onze ans et demi; menstruation difficile, qui n'a jamais été régulière; dès cette époque, elle devient nerveuse, excitable, pleure pour la moindre chose et éprouve les sensations de la boule hystérique. Mariée à dix-huit ans, elle passe les six premières années de sa vie de ménage dans un état de calme et de bien-être relatifs. A partir de ce moment, l'harmonie du ménage se trouble, la mésintelligence survient, elle retourne chez sa mère où elle passe une année dans un état d'agacement et d'angoisses continu. Découragée, assaillie d'idées noires, elle fait une tentative de suicide par le laudanum.

En 1884 (elle avait alors vingt-quatre ans), elle entra pour la première fois dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine. Elle était très manifestement chlorotique, avec des vertiges, des gastralgies, des palpitations et des hémoptysies, coïncidant avec une suppression des règles depuis plusieurs mois. L'examen de la poitrine ne me donnant à l'auscultation aucun signe suspect, je considérai ses hémoptysies comme supplémentaires, et je la traitai par les toniques, les bains sulfureux, et le sous-carbonate de fer. Après un mois de traitement, elle quitta mon service, très améliorée, sans que mon attention ait été particulièrement fixée sur des alternatives de rougeur et de pâleur à la face, que je considérai chez elle comme un phénomène d'érythème pudoral.

J'ai tout lieu de supposer qu'elle était déjà autographique, mais le fait passa, pour moi, inaperçu à cette époque.

Rentrée chez elle, elle eut à faire face aux mêmes difficultés; après une apparence de réconciliation, elle éprouva les mêmes agacements, les mêmes contrariétés et perdit peu à peu le bénéfice de son premier traitement.

En 1886, elle rentra pour la deuxième fois à l'hôpital, dans mon service à l'Hôtel-Dieu. La chlorose était revenue au même degré; et elle présentait les mêmes troubles avec plus d'intensité du côté du système nerveux. L'hémianesthésie était complète et absolue sur tout le côté gauche.

C'est en faisant l'étude de ses sensibilités que je m'aperçus des reliefs qui se produisaient sur sa peau au contact de l'épingle, et que je constatai sur elle, pour la première fois, les phénomènes de l'autographisme.

Elle fit dans mon service un séjour de trois mois, et sortit avec une santé générale meilleure dans son ensemble.

En 1888, nouvelle entrée dans mon service. C'était la troisième. La persistance de l'autographisme, que nous retrouvons tel qu'il était il y a deux ans, nous conduit à un examen plus détaillé des sensibilités.

Nous retrouvons : l'anesthésie et l'analgésie complètes du côté gauche, avec la ligne médiane pour limite exacte sur toute l'étendue du corps. Nulle trace de sensibilité des muqueuses à l'orifice des organes des sens; bouche, narine, muqueuse oculaire, sont insensibles à gauche.

Le goût et l'odorat perdus à gauche. La malade est impressionnable et émotive à un degré extrême; elle passe à chaque instant de la décoloration chlorotique à l'érythème pudoral. Elle est calme, sans exagération de sentiments, sans exaltation de l'esprit, pondérée dans ses actes, sans trace d'hystérie convulsive. Les grandes attaques qu'elle a eues chez elle à l'occasion des contrariétés et des scènes de sa vie intime, ne se renouvellent pas dans le calme de la vie d'hôpital.

L'autographisme existe à son maximum de développement; et son étude est d'autant plus intéressante qu'elle est faite parallèlement, sur la moitié du corps sensible, et la moitié insensible, sans différence appréciable de l'un à l'autre côté. L'analyse clinique de ce fait est rapportée dans la première partie de ce mémoire, et sa démonstration existe dans les photographies qui ont été faites à cette époque.

Guidé par les analogies apparentes des reliefs autographiques avec l'urticaire, j'essayai de produire l'urticaire par tous les ingesta qui le donnent d'habitude.

Le 25 juin 1888, je lui fis manger une douzaine d'écrevisses fortement assaisonnées, représentant au moins une quantité triple de ce qu'on mange d'habitude ; deux heures après, la malade avait sur tout le corps, particulièrement sur la face et sur la poitrine, une forte poussée érythémateuse, avec démaugaisons, sans élevures.

Le 5 juillet, elle mangea deux livres de cerises ; le 15 juillet, une livre de fraises et framboises, avec les mêmes résultats généraux, mais avec l'exagération constante du phénomène autographique plus saillant et plus prolongé.

En juillet 1889, elle revint passer quelques semaines dans mon service, à l'occasion de troubles nerveux chloro-hystériques que lui produisaient des vertiges avec demi-perte de connaissance, et quelques secousses dans les membres — attaque hystérique incomplète, plus cérébrale que convulsive. L'hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle était la même, ainsi que les tracés autographiques.

Le 1^{er} février 1890 (5^e entrée). — Une vive contrariété, suivie de perte de connaissance et d'une violente attaque de nerfs, la ramène dans mon service ; quelques heures après, tout était rentré dans le calme, il ne lui restait qu'un souvenir vague de ce qui s'était passé.

L'examen des diverses sensibilités nous révèle les mêmes troubles du côté gauche, vers la peau, comme du côté des organes des sens. L'autographisme persiste, mais dans une forme plus atténuée.

L'ensemble de la santé générale est plus satisfaisant, bien que la malade continue à se plaindre de céphalalgie, de gastralgic, de vomissements, et autres accidents nerveux.

Les règles sont à peu près régulières ; l'examen des organes thoraciques ne révèle aucune lésion ; les hémoptysies des années précédentes ne se sont pas renouvelées.

J'ai profité du séjour de ma malade pour faire certaines expériences relatives à l'autographisme, entre autres : je lui ai fait appliquer sur le bras droit (côté sensible), une bande d'Es-march enroulée depuis le coude jusqu'à l'épaule, avec une compression assez serrée pour produire un arrêt de la circulation périphérique, une compression des nerfs superficiels et de la cyanose du bras. Après quoi, je fis sur la partie antérieure de chaque avant-bras des tracés avec une pointe moussé.

L'autographisme se produisit sur l'avant-bras gauche avec ses caractères habituels ; aucune saillie ne se montra sur l'a-

vant-bras droit. Après dix minutes d'attente, la bande d'Es-march fut enlevée, peu à peu la cyanose disparut, et l'inscription, restée fruste pendant vingt minutes, se montra en reliefs égaux sur les deux bras.

Quelques jours après, je fis appliquer de la glace sur l'épaule droite (côté non anesthésique) et quand le refroidissement fut complet, la peau fortement érythémateuse et descendue à une basse température, je fis sur les deux épaules, aux régions symétriques, des tracés comparatifs.

L'inscription se fit régulièrement sur l'épaule gauche, mais elle n'apparut sur l'épaule droite qu'après le rétablissement complet de toutes les fonctions cutanées, momentanément interrompues par l'application de la glace.

Je savais, depuis deux ans, cette malade accessible à l'action hypnotique ; la voyant vomir presque chaque jour, j'essaie de l'endormir, espérant ainsi supprimer ses vomissements. Après l'avoir fixée pendant cinq à six minutes, avec l'idée ferme de l'endormir, elle ferma spontanément les yeux (bien qu'elle ne se prêtât pas volontiers à l'expérience), ses bras restèrent en catalepsie, son côté droit devint insensible comme le gauche, elle était en somnambulisme, apte à subir toutes les suggestions. Je lui commandai de ne plus vomir désormais, de digérer sans malaise. Les vomissements ne reparurent plus.

Cette malade, qui n'a que très rarement été hypnotisée, ne peut être considérée comme entraînée par des expériences multiples répétées sur sa personne, elle est spontanément hypnotique, prédisposée à cet effet par sa chlorose et par les troubles nerveux fonctionnels qu'elle présente depuis longtemps.

Obs. III. — En janvier 1882, un jeune médecin de mon voisinage m'amena dans mon cabinet, une dame fort inquiète des élevures qui se faisaient sur sa peau.

M^{me} A..., âgée de trente-deux ans, née dans le Midi, est une femme d'une constitution vigoureuse et d'une santé parfaite, sous la réserve des troubles nerveux dont nous avons à parler. Sa mère a toujours été nerveuse, d'une extrême sensibilité. Son père, irascible et violent. Elle, mariée à dix-sept ans, a eu six enfants sans accidents de couches.

M^{me} A... a reçu dans sa jeunesse une bonne instruction ; elle est intelligente, d'un esprit vif et alerte, très mobile dans ses idées, portée en toutes choses à l'exagération, sans attaques de nerfs jusqu'à l'époque de son mariage.

Dès son entrée en ménage, elle se trouve en face de grandes déceptions, elle s'agace, s'irrite et entre à pleines voiles dans le nervosisme convulsif. Ses crises s'étendent et se multiplient en raison des difficultés qui viennent l'assaillir. Quinze années se passent avec les accidents hystériques les plus variés, sans que M^{me} A... vit sa santé s'altérer en quoi que ce soit.

Il y a trois ans, — elle avait à cette époque vingt-neuf ans, — elle éprouva, dit-elle, des sensations de chaleur vers la peau, et des démangeaisons qui la firent se gratter; elle remarqua alors que les points sur lesquels elle passait ses ongles étaient marqués par des trainées rouges, qui devenaient saillantes et boursofflées quelques minutes après.

Conduit par la nature de ce phénomène, qu'elle nous disait avoir persisté depuis trois ans, sans intermittence, je lui traçai sur les épaules un nom, sur les bras quelques lignes irrégulières, que nous vîmes apparaître en l'espace de cinq minutes, en reliefs autographiques assez saillants pour qu'on puisse les lire à vingt mètres de distance.

Ce phénomène était devenu un des faits habituels de sa vie; l'impressionnabilité de sa peau était telle que le moindre contact, de quelque nature qu'il fût, s'inscrivait en traces révélatrices pendant cinq à six heures.

L'excitation qui accompagnait l'époque des règles, de même que les troubles apportés par une émotion gaie, expansive, exagérait le phénomène et prolongeait sa durée.

L'examen direct de la malade démontra que toutes les sensibilités de la peau étaient conservées et égales des deux côtés; elle sentait la pointe d'une épingle, le contact des objets, la pression sur la peau, l'impression du froid et du chaud. Les yeux tenus fermés, elle avait la notion exacte des diverses positions que nous donnions à ses membres, des mouvements que nous leur imprimions; le sens musculaire était donc bien conservé.

Les sensibilités, bien que éveillées sur toute la surface du corps, n'étaient cependant pas dans leur mesure normale; elles étaient exagérées, hyperesthésiées sur un grand nombre de points. Le tracé au crayon, indifférent et insensible pour les autres malades, éveillait chez elle une douleur assez vive, dont elle se plaignait à chaque tracé, en disant que le contact de la pointe lui donnait la sensation d'un fer rouge passé sur la peau. L'exaltation de la sensibilité et du sentiment était telle que si nous avons insisté sur nos expériences d'autographisme, nous

aurions assurément provoqué quelque grande attaque d'hystérie, comme elle en avait souvent.

Elle nous dit qu'elle avait été souvent hypnotisée; qu'elle s'endormait avec une extrême facilité en regardant un objet; qu'elle avait des attaques de nerfs chaque fois qu'on la contrariait dans son sommeil; que, réveillée, elle n'avait aucun souvenir de la durée du sommeil, non plus que de ce qu'elle avait fait en dormant.

Je n'ai point renouvelé l'expérience. Je n'ai vu cette dame qu'une seule fois; mais j'ai eu de ses nouvelles pendant plusieurs années, et je sais que l'autographisme durait encore trois ans après sa visite.

OBS. IV. — Le 29 mai 1889, entre dans mon service à l'Hôtel-Dieu, le nommé Jules Leroy, âgé de trente-deux ans, menuisier.

Il me dit qu'il ne peut se servir du bras droit depuis quatre jours; qu'étant à son établi, occupé à raboter, son bras avait tout à coup perdu sa force, qu'il pouvait le remuer, mais non plus travailler, sans qu'il eût ressenti du reste aucune douleur, ni éprouvé malaise, ni vertige quelconque; que déjà l'an dernier, au mois de novembre, le même fait s'était produit sur le même bras, et qu'il avait guéri par des électrisations.

Interrogé sur ses antécédents héréditaires, nous apprenons qu'il est enfant naturel, qu'il n'a jamais connu son père, et que sa mère est morte de la poitrine. Il est d'une bonne santé habituelle, sobre et raisonnable, nous dit-il; dans sa vie ordinaire, il ne fait pas d'excès. Il est timide, pusillanime, rougit facilement, se trouble à la moindre émotion et éprouve des malaises qui se traduisent par des secousses, par des tremblements qu'il ne peut dominer. Son regard timide, sa voix douceuse accusent évidemment un certain degré de féminisme dans le caractère de cet homme.

Il se présente à nous, le bras droit allongé le long du corps, non pas à l'état de paralysie flasque, mais avec une certaine rigidité qui cède très facilement aux mouvements qu'on lui imprime. Il peut de lui-même lever le bras et le porter horizontalement, avec un effort considérable, jusqu'à la hauteur du cou; mais il lui est impossible de le porter sur sa tête; le bras levé n'a aucune résistance, il cède à la plus légère pression. Il ne peut étendre sa main qui reste fléchie sur le poignet. Il donne, au dynamomètre, 45 degrés du côté gauche, 0 du côté

droit. Cette parésie incomplète est limitée au bras; la jambe droite n'a rien perdu de son mouvement ni de sa force.

L'examen des diverses sensibilités révèle une hémianesthésie complète à droite. La peau est insensible à toutes les excitations, quelles qu'elles soient: contact, piqûre, pression, échauffement, refroidissement sont inaperçus. Toutes les muqueuses à l'orifice des sens ont également perdu leurs sensibilités à droite. Les sens eux-mêmes, l'ouïe, l'odorat, la vue, ne perçoivent plus à droite. L'hémianesthésie est complète, absolue pour toute la moitié droite, et à pour limite exacte, à quelques millimètres près, la ligne médiane du corps en avant comme en arrière. Les sensibilités du côté gauche sont intactes sans l'hypersensibilité supplémentaire qu'on observe souvent en pareil cas.

Les recherches que j'avais faites sur la peau de cet homme pour explorer ses sensibilités à l'aide d'une épingle, m'ayant montré que chaque piqûre était suivie d'un élèvement saillant et rosé, je fus conduit à rechercher l'autographisme. L'expérience me donna les résultats les plus complets; et mon malade vit avec stupéfaction s'inscrire sur ses deux bras, *son nom de Jules*. Les reliefs présentèrent le maximum possible de développement, et durèrent huit heures, sans différence appréciable sur l'un comme sur l'autre bras, malgré l'hémianesthésie de la peau.

Guidé par la notion acquise depuis longtemps, des rapports que j'avais observés entre l'autographisme et la disposition de ces mêmes malades à subir l'action hypnotique, j'essayai aussitôt d'endormir mon malade par la fixation du regard. En quelques minutes il arriva au sommeil hypnotique, avec anesthésie généralisée, occlusion des sens (excepté de l'ouïe qui le laisse en rapport exclusivement avec moi), état cataleptique des membres. La démonstration était faite par cette première tentative, qui me donnait l'indication à suivre pour la guérison.

Après quelques hypnotisations pratiquées les jours suivants, dans le but de gagner de plus en plus sa confiance, et de le diriger dans la voie que je voulais suivre; après avoir constaté à diverses reprises que je pouvais réveiller par suggestion ses sensibilités sur telles ou telles parties de ses membres engourdis, je me décidai à abandonner l'usage de l'électricité et des aimants que je lui appliquais inutilement depuis une quinzaine de jours, et à tenter résolument l'action curative de l'hypnotisme.

Ma confiance dans le succès était d'autant plus grande que la concentration de mon malade dans l'état hypnotique devenait de plus en plus exclusive sur ma propre personne; qu'il n'avait

plus de rapports qu'avec moi ; et que je pouvais, à volonté, lui faire entendre tel ou tel autre interlocuteur en lui servant d'agent de transmission par le contact des mains, tel que je l'ai indiqué dans un précédent mémoire.

Le 28 juin, le malade ayant été mis par moi dans le sommeil hypnotique, et toute son attention fixée sur ce que j'allais lui dire, je lui fis la suggestion suivante : « Je vais vous guérir à l'instant. À votre réveil vous sentirez dans tout votre côté droit ; votre bras droit sera aussi fort, aussi libre dans ses mouvements que le bras gauche ; et vous resterez guéri. »

Réveillé, il retrouve sa sensibilité complète ; l'hémi-anesthésie a disparu ; son bras droit se meut aussi librement que l'autre ; et il se livre, dans sa satisfaction, à une véritable débauche de mouvements d'extension et de flexion de l'avant-bras sur le bras, et du bras sur le tronc. Au dynamomètre, il marque 45 degrés de l'un et de l'autre côté.

Sorti le 5 juillet 1888, je l'ai revu plusieurs fois depuis, il n'avait point cessé de travailler depuis sa sortie, sa guérison s'était maintenue complète.

M. LARREY. Je prends la permission de demander à M. Mesnet s'il a lu un ouvrage, que je viens précisément de demander à la bibliothèque et qui est dû à notre éminent collègue M. Charcot, sur les *démoniaques dans l'art*. Cet ouvrage renferme des documents du plus haut intérêt sur des cas analogues à ceux dont nous venons d'entendre le récit ; je serais curieux de savoir quelle similitude existe entre ces derniers faits et ceux que l'art rappelle pour les siècles précédents ?

M. MESNET. Mon travail a été fait surtout avec des ouvrages de l'époque, manuscrits et imprimés, dont j'ai rapproché les récits avec les cas que j'ai moi-même observés.

M. LARREY. Je regrette que M. Charcot ne soit pas présent à la séance ; car il eût pu sans doute fournir, à l'occasion de la très intéressante communication de M. Mesnet, des renseignements très circonstanciés.

Congrès de Berlin. — Section de Neurologie (1).

Sur la psychose nicotinique; par le professeur N. G. Kjellberg, d'Upsal. — L'orateur fait observer d'abord que la folie monomaniaque primaire (*die primære Paranoia* des Allemands) n'est pas une maladie distincte, mais un ensemble de plusieurs maladies, c'est-à-dire d'intoxications qui affaiblissent principalement le système nerveux. De ces intoxications, celle par l'alcool est bien connue; mais en ce qui concerne les effets de la nicotine, on est encore très incertain. Nous savons cependant que le nombre des maladies mentales augmente beaucoup, et l'orateur croit que c'est l'usage trop augmenté du tabac qui joue un rôle important parmi les causes de ce fait.

Il y a donc là une question d'une importance spéciale pour la psychiatrie.

La nicotine est la plus importante substance chimique de la plante « *Nicotiana Tabacum* »; à l'état pur, elle est liquide, sans couleur, facilement soluble, elle sent fortement le tabac, a un goût très âcre et piquant; elle est facilement soluble dans l'eau, dans l'alcool et dans l'éther, a une réaction très alcaline. La quantité la plus considérable de nicotine se trouve, comme on suppose, dans le tabac de Virginie. L'alcaloïde est un des poisons les plus violents pour le corps humain; l'effet du tabac ne se distingue de celui de la nicotine que par le degré. D'après les expériences faites dans le laboratoire de M. le professeur Schroff à Vienne, l'influence de la nicotine sur le corps sain est la suivante :

A la dose de 1 à 3 milligrammes, l'alcaloïde produit au commencement un sentiment ardent et âcre sur la langue et dans le pharynx, accompagné d'une salivation exagérée et d'un sentiment de chaleur dans l'estomac, dans les extrémités et dans tout le corps. Peu de temps après, on observe du mal de tête, du vertige, de l'assoupissement, la vue se trouble et l'ouïe devient faible, la respiration s'accélère.

Une demi-heure et même trois quarts d'heure après l'injection du poison, on peut observer un sentiment d'affaiblissement extraordinaire, le visage pâlit, tout le corps devient

(1) Nous reproduisons les communications dont les auteurs ont bien voulu nous envoyer un résumé.

froid comme de la glace et on peut constater des accès de défaillance, etc. Les symptômes s'accroissent jusqu'au tremblement et jusqu'à la convulsion des muscles de la respiration. Après trois heures, les symptômes commencent à diminuer, mais les effets durent encore quelques jours.

D'autres expériences montrent aussi que l'influence du poison est au début excitante, puis devient déprimante et paralysante. Les fonctions du cerveau et de la moelle spinale sont d'abord augmentées, puis affaiblies. Tout le système volontaire des muscles est soumis à cette influence, qui se répand ensuite jusqu'au cœur, pour arriver enfin au système vasomoteur.

Tels sont les effets de ce poison terrible sur le corps humain, quand il est employé à la dose de 1 à 3 milligrammes seulement. On calcule à 1,200,000 kilogrammes la production de nicotine de toute la terre. On ne peut pas fixer exactement le nombre d'hommes qui font usage de ce poison, mais approximativement on l'évalue à 800 millions. Chacun consomme en moyenne 1 gramme $\frac{1}{2}$ de nicotine par an ou 4 milligrammes par jour; beaucoup d'hommes en consomment moins, beaucoup d'autres une quantité plus considérable. S'il est possible de supporter des quantités si considérables, cela s'explique par la faculté remarquable que possède le système nerveux de l'homme de pouvoir s'adapter à des habitudes nuisibles.

L'impression première de la nicotine sur le système nerveux cérébral est toujours douloureuse et nuisible; une répétition de ce poison indique toujours une violence de la nature. Si l'on n'observe pas cet avertissement de la cellule nerveuse fatiguée et si l'on répète constamment l'usage de ce poison, le sentiment désagréable cesse peu à peu; finalement, il devient une stimulation indispensable, dont la privation est considérée comme une vraie calamité. Il s'agit ici du même vif désir de répéter le poison, comme on l'observe chez les alcooliques et les morphinomanes.

L'influence de la nicotine est très différente, non seulement d'après les espèces différentes du tabac, mais aussi d'après les différents emplois qu'on en fait. En fumant, ce ne sont que les produits décomposés qui ont de l'effet sur l'économie. On connaît cependant plusieurs cas, non seulement d'éréthisme nerveux, mais aussi de psychose parfaite, consécutifs à cet abus de tabac. L'abus du tabac à priser peut produire des phénomènes

psychiques. L'usage du tabac à mâcher est cependant le plus nuisible.

La forme la plus ordinaire pour cet emploi est le tabac en rôles. De petites doses peuvent en être employées sans créer des maux psychiques. Mais en consommant quotidiennement 10 à 12 grammes de bon tabac, les sensations commencent à devenir anormales. Les signes pathologiques augmentent quand on emploie le tabac à mâcher pulvérisé, comme on le voit souvent dans le Nord. La forme pulvérisée permet, en effet, une extraction plus rapide et plus complète de la nicotine soluble dans la salive, d'où elle vient par résorption dans le sang. Pendant les derniers dix ans, l'usage de cette espèce de tabac s'est répandu beaucoup dans certaines contrées du Nord, principalement parmi les marins, les ouvriers des fabriques, etc.

D'après les observations de quelques malades de l'asile d'Upsal, où se présentent souvent des cas d'intoxication par le tabac, on a pu constater une consommation quotidienne de tabac en rôles et de tabac pulvérisé de 20 à 25 grammes, consommation continuée pendant un espace considérable de temps. Ces observations montraient une analogie évidente, non seulement par rapport à la marche de la maladie, mais aussi eu égard aux symptômes, et l'orateur se croit autorisé à signaler pour cause *l'intoxication chronique par la nicotine*. Il décrit ensuite cette psychose comme une maladie spéciale, de la manière suivante :

La psychose nicotique, « *Nicotinosis mentalis* », est une vraie maladie mentale primitive, avec des symptômes distincts et avec une marche régulière; elle doit être comptée parmi les intoxications mentales. Les signes caractéristiques de cette maladie consistent dans un sentiment désagréable de faiblesse et d'impuissance, avec des hallucinations, des idées fixes et des tendances au suicide.

La maladie a un stade prodromique et trois stades de développement distincts.

Stade prodromique. Le malade se sent indisposé depuis quelque temps, son humeur générale change, il montre une inquiétude extraordinaire qui peut aller jusqu'à l'angoisse passagère; il dort peu et n'aime pas ses occupations usuelles, il est porté à des préoccupations mélancoliques, tourmenté de battements du cœur et d'une angoisse quelquefois extraordinaire.

Cet état dure de un mois et demi à trois mois.

Premier stade. Le malade a de vives hallucinations et il est

complètement absorbé par ces phénomènes nouveaux et surprenants pour lui; il croit entendre des voix, il a des visions, il croit avoir des choses étrangères dans son corps, il ne peut pas se délivrer d'idées étranges qui remplissent sa conscience. Des idées fixes se combinent souvent avec des idées de suicide, l'humeur est constamment sombre, le malade est fatigué et désire être seul et en plein repos; de temps en temps, il a des accès courts de faiblesse. En dehors de cela, il est tranquille et obéissant, il parle peu et seulement quand on l'interroge, mais toujours avec logique et avec intelligence; il se plaint d'un sentiment douloureux au cœur, d'une insomnie insupportable et de voix qui ne le laissent pas en repos. La nutrition est bonne, le malade mange régulièrement, quoiqu'il parle souvent de son appétit mauvais et des aliments gâtés. Après six à sept mois, la maladie peut entrer dans un nouveau stade.

Deuxième stade. Changement d'humeur. Le malade raconte d'un air joyeux ce qu'il voit. Il parle de la visite d'anges, il a vu le ciel, mais aussi l'enfer et des esprits malins. Il est absorbé et parle seul, sans interruption. Les mouvements sont augmentés et il les fait avec une certaine inquiétude. Les hallucinations de l'ouïe et de la vue augmentent et le malade fait des mouvements involontaires forcés. Cet état est périodique; les périodes ont ordinairement une durée de deux à quatre semaines avec des intervalles de dépression d'une durée indéterminée. Le malade est alors couché et fatigué, l'humeur est triste et mécontente, l'attention est diminuée, la conception est très lente, le langage est logique et clair, mais hésitant. Ce stade peut être d'une durée très étendue, mais quand la convalescence ne se produit pas, la maladie passe à un dernier stade.

Troisième stade. Les deux périodes d'excitation et de dépression augmentent de durée: puis celles d'excitation disparaissent même peu à peu, l'esprit reste en repos, mais la conception est très limitée. Les hallucinations perdent de leur précision, le malade finit par tomber dans un état d'affaiblissement mental, pendant que la santé physique s'améliore.

L'orateur passe alors au traitement de la maladie. Il croit qu'au premier et au deuxième stade, le pronostic est encore favorable. Au troisième stade, on ne peut plus compter sur la convalescence. Le traitement exige surtout la suppression complète, mais progressive du tabac, parce que le malade serait soumis sans cela à des sentiments très désagréables. Il faut

recommander une diète substantielle, promenades à l'air libre et usage des eaux minérales, parmi lesquelles doit être donnée de préférence l'eau de Karlsbad, prise deux ou trois fois par jour.

Les indications formelles de la suggestion hypnotique en psychiatrie et en neuropathologie; par le D^r Bérillon. — Depuis quelques années, un assez grand nombre de médecins se sont efforcés d'élargir le champ des applications de la suggestion comme moyen thérapeutique. Ils ont tenté de substituer la médication psychique à l'administration des médicaments dans le traitement symptomatique des maladies les plus diverses. Mais c'est surtout dans les affections du système nerveux que la suggestion a donné des résultats positifs.

Les bases du travail du D^r Bérillon reposent sur des observations personnelles qu'il a recueillies dans sa clinique des maladies nerveuses, uniquement consacrée à la psychiatrie et à la neuropathologie.

Les relevés de ses observations lui donnent, pour l'année 1889 et pour le premier semestre de 1890 (dix-huit mois), un total de 360 malades qui n'ont pas reçu d'autre traitement que la suggestion faite dans l'état d'hypnotisme.

Ces malades peuvent être divisés en trois classes :

| | |
|-------------------|-----|
| Femmes | 265 |
| Hommes | 50 |
| Enfants | 45 |
| Total | 360 |

Le nombre des malades soumis à l'hypnotisme par le D^r Bérillon, du 1^{er} janvier 1889 au 1^{er} juillet 1890, a été beaucoup plus considérable, mais il ne tient compte dans sa statistique que des malades qui ont été l'objet d'un traitement suivi et rationnel.

Pour la clarté de son exposé, il a divisé en cinq groupes les affections dans lesquelles il a appliqué la suggestion : 1^o les névroses; 2^o les maladies organiques du système nerveux; 3^o la neurasthénie et les névropathies; 4^o les maladies mentales; 5^o les affections nerveuses des enfants.

I. Névroses. Hystérie. — Sur le total des 360 malades, 155, plus du tiers, étaient atteints d'hystérie. Le D^r Bérillon a traité par la suggestion les formes les plus diverses et les symptômes les plus variés de cette affection. Le succès de ce

moyen thérapeutique a été la règle, l'insuccès l'exception. Les insuccès ont tenu à des conditions d'hygiène et de milieu indépendantes de l'intervention médicale.

De sa pratique, le D^r Bérillon arrive à conclure que l'emploi de la suggestion hypnotique est nettement indiqué :

1° Contre les attaques convulsives de la grande hystérie et contre les symptômes qui peuvent persister à la suite de ces attaques : *paralysies, contractures, spasmes, tremblements, anesthésies, hyperesthésies, amaurose, etc.*

2° Dans les cas d'hystérie monosymptomatique : *monoplégie, mutisme hystérique, aphonie, hoquet, vomissement, toux, dyspnée, blépharospasme, dyschromatopsie, chorée rythmée, tics, etc.*

3° Contre les manifestations de l'hystérie vulgaire : *insomnie, anorexie, dyspepsie, constipation, troubles viscéraux et menstruels, névralgies, etc.*

4° Contre les troubles mentaux de nature hystérique : *perversion des sentiments, idées fixes, impulsions irrésistibles, hallucinations, mélancolie, agitation maniaque, etc.*

Bien qu'on soit tenté d'admettre que la suggestion n'ait de valeur que comme médication de symptômes et qu'elle soit incapable d'amener une transformation complète de l'état général du système nerveux, la suggestion, dans la majorité des cas, a eu pour effet d'amener d'une façon durable la disparition des symptômes qui avaient permis de porter le diagnostic d'hystérie.

Parmi les observations qu'il a recueillies, plusieurs paraissent mériter une mention spéciale à cause de la rapidité avec laquelle le succès a été obtenu :

1° M^{lle} C. W..., de Mouy (Aisne), institutrice, âgée de vingt-deux ans, ne présentant aucun autre symptôme d'hystérie, était atteinte, depuis huit mois, d'un mutisme hystérique complet. Elle fut guérie en une seule séance.

2° M^{lle} M. B..., âgée de vingt-deux ans, envoyée par le D^r Dubousquet-Laborderie, était atteinte, depuis onze mois, d'une aphonie hystérique. Elle fut guérie en une séance.

3° M^{lle} D... envoyée par le D^r Hubert, de Paris, atteinte d'un blépharospasme de l'œil gauche depuis treize mois. Guérison complète en une seule séance.

4° M^{me} A..., âgée de quarante ans, femme d'un pharmacien de la Varenne-Saint-Hilaire, était dans son lit depuis huit ans, atteinte de paraplégie hystérique. Quatre séances suffisent pour la faire marcher.

5°. M^{lle} S..., âgée de vingt-cinq ans, atteinte de syringomyélie dont les symptômes étaient limités au bras droit. Guérison en une seule séance du symptôme thermo-anesthésie.

Chorée. — Le D^r Bérillon a traité quinze cas de chorée parmi lesquels il a trouvé toutes les formes de cette affection. (Chorée rythmique, saltatoire, athétose.)

Dans le traitement de la chorée, la suggestion ne détermine pas une amélioration ou une guérison aussi rapide que dans l'hystérie. Pour arriver à la guérison, un certain nombre de séances sont souvent nécessaires. La moyenne des séances est de quatre à huit; de plus, la pratique apprend que pour faire disparaître les mouvements choréiques, il est utile de faire exécuter au malade, pendant l'hypnose, des mouvements de gymnastique réguliers.

Paralysie agitante (Maladie de Parkinson). — Il n'a eu l'occasion d'observer que cinq cas de paralysie agitante. Tous étaient déjà arrivés à une période assez avancée. L'atrophie musculaire était déjà profonde. Cependant il a été permis d'arrêter les mouvements pendant la durée du sommeil provoqué et de procurer ainsi aux malades un repos salutaire.

Les résultats obtenus, quoique négatifs au point de vue de la guérison, seraient plutôt de nature à encourager l'emploi de la suggestion dans cette affection considérée comme incurable.

Épilepsie. — Chez vingt épileptiques traités par la suggestion, il n'a enregistré que quatre résultats très favorables. Chez un homme de trente-cinq ans, une femme de vingt-huit ans, un jeune homme de dix-huit ans, une petite fille de douze ans, la suggestion a amené la disparition complète des attaques convulsives et des autres symptômes de l'épilepsie. Chez ces quatre malades, les résultats obtenus ont été durables; ils remontent déjà à plus d'une année.

Chez six autres, il a obtenu une diminution passagère des attaques, des tremblements, des vertiges, une amélioration notable de la mémoire et de l'état mental, la disparition de l'incontinence d'urine. Il pense que le traitement par suggestion, appliqué avec beaucoup de persévérance, pourra toujours améliorer l'état général du malade atteint d'épilepsie essentielle.

Asphyxie locale. — Plusieurs auteurs ont signalé des cas d'asphyxie locale des extrémités dans lesquels la guérison a été obtenue par suggestion. Le D^r Bérillon a pu, à maintes reprises, montrer à ses assistants qu'il était possible d'amener rapidement une élévation notable de température de la main

chez des malades qui présentaient de la cyanose des extrémités.

Somnambulisme nocturne. — Dans trois cas où l'application de la suggestion a été tentée comme moyen de traitement, la guérison définitive a été obtenue en une, trois et quatre séances.

II. Affections organiques du système nerveux. — Comme on l'a dit fort justement, les malades atteints d'affections chroniques du système nerveux peuvent être déjà dans un état de guérison anatomique sans être guéris physiologiquement.

C'est certainement dans ces cas qu'on a pu obtenir des succès en apparence paradoxaux, mais qui n'en sont pas moins réels. C'est ainsi que le Dr Bérillon a pu noter des cas déjà assez nombreux d'hémiplégies, de paraplégies anciennes, de myélites chroniques, améliorées à la suite de quelques séances de suggestion. Chez une jeune fille de vingt-cinq ans, il a pu faire disparaître par quatre séances de suggestion une aphasie datant de trois ans.

Il a pu obtenir la disparition ou l'atténuation de quelques-uns des symptômes les plus pénibles de l'ataxie locomotrice. Chez trois de ses malades, il a fait disparaître l'insomnie et les douleurs fulgurantes. Il a pu de même obtenir chez l'un une amélioration notable de la vision.

Il a pu se convaincre aussi que le traitement par la suspension agissait en grande partie, sinon en totalité, par effet suggestif.

III. Neurasthénie. Troubles névropathiques. — La neurasthénie dont la fréquence est constatée de plus en plus s'est montrée dans un grand nombre de cas justiciable de la suggestion hypnotique.

Chez quelques neurasthéniques, la suggestion, s'est montrée impuissante à triompher de leur idées hypocondriaques. Néanmoins il a pu recueillir dix observations très concluantes de neurasthénies graves non seulement améliorées, mais promptement guéries par la suggestion.

Quant aux douleurs névralgiques guéries par suggestion, leur nombre est considérable. Parmi les névralgies dans le traitement desquelles l'efficacité de la suggestion a été le plus manifeste, il cite : la migraine, les névralgies dentaires, la névralgie sciatique, les douleurs du rhumatisme chronique et surtout la gastralgie.

IV. Maladies mentales. — On a prétendu que la suggestion ne pouvait avoir d'action que contre les troubles mentaux qui relevaient de l'hystérie.

Si la constatation de manifestations hystériques constitue certainement une indication formelle de l'emploi de la suggestion, il n'en est pas moins vrai que la suggestion a pu être utilement employée contre des troubles mentaux qui n'avaient aucun rapport avec l'hystérie.

Chez quatre malades atteints de lypémanie anxieuse, le Dr Bérillon a obtenu une guérison rapide et complète par la suggestion. Chez une malade atteinte de sitiophobie et qui avait refusé tout aliment liquide ou solide depuis vingt-trois jours, il a suffi d'une seule suggestion pour la déterminer à manger. Chez un malade de quarante-cinq ans, atteint de mélancolie anxieuse depuis dix ans, la guérison fut obtenue en deux séances.

Des résultats aussi favorables n'ont pas été obtenus dans le traitement de la manie aiguë. Le traitement n'a d'ailleurs été appliqué qu'à trois malades.

Par contre, il a eu l'occasion d'appliquer le traitement par la suggestion à un grand nombre de malades atteints de délire partiel et d'obsessions. Parmi les cas où un résultat favorable a été obtenu, il cite trois cas de dipsomanie, cinq cas de morphinomanie, onze cas d'obsessions (agoraphobie, folie du doute, obsessions affectives, obsessions génitales, obsessions homicides, obsessions suicides, un cas d'inversion sexuelle).

V. Maladies nerveuses des enfants. — Les principales manifestations névropathiques des enfants, dans lesquelles la suggestion a été employée avec un succès complet, sont les suivantes : incontinence nocturne d'urine, vingt-deux cas ; incontinence nocturne et diurne des matières fécales, deux cas ; blépharospasme, deux cas ; chorée, douze cas ; onanisme irrésistible, quatre cas ; bégaiement, trois cas.

La suggestion a été en outre appliquée avec un succès égal contre un grand nombre de troubles d'ordre moins pathologique (*terreurs nocturnes*, troubles du caractère, instincts et habitudes vicieuses). Sauf de rares exceptions, la guérison a été durable.

En résumé, la suggestion hypnotique constitue en neuropathologie et en psychiatrie un procédé thérapeutique dont la valeur est souvent supérieure à celle des autres médications. De plus, appliquée d'une façon rationnelle par des médecins expérimentés, elle a l'avantage d'être complètement inoffensive et de ne faire courir au malade aucun danger.

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of Mental science (1887).

I. — *Problèmes américains touchant la psychiatrie. — Étude statistique sur le comté de Cook (États-Unis)*; par M. le D^r Jos. G. Kiernan (numéro de juillet). — Le discours prononcé par le D^r Kiernan au sein de la Société philosophique de Chicago est un véritable cri d'alarme. Lorsqu'on trouve dans le comté de Cook un aliéné sur trois cent soixante habitants, cette constatation est bien faite pour éveiller des inquiétudes dans le cœur d'un patriote de la jeune Amérique. M. Kiernan divise les psychoses en trois catégories, suivant qu'elles proviennent d'un vice congénital, transmissible par l'hérédité, qu'elles constituent un phénomène isolé dans la vie de l'individu, ou qu'elles sont les manifestations secondaires d'une affection cérébrale acquise. Ces deux dernières classes d'affections mentales sont le produit du pays lui-même. Il n'en est pas de même des psychoses de la première classe, qui sont des articles d'importation éminemment dangereux dont le gouvernement tolère trop facilement l'entrée.

En tête de ces vésanies de nature dégénérative, il faut placer la *paranoïa* dont les conséquences sont plus funestes pour l'aliéné et la société que les désordres de la folie furieuse. Ce trouble intellectuel et moral laisse à l'homme qui en est atteint toute liberté pour ruiner sa famille, déshonorer ses semblables et bouleverser la société. Notre confrère étudie le rôle immense joué dans l'histoire par les paranoïaques célèbres, et il cite successivement : Ravallac, Bellingham, Lawrence, Booth, Guiteau, Meyers, Macnamara, Pinchover, Allen, Pierre l'Ermite, Jean de Leyde, Freeman. Des sectes religieuses ont été fondées par ces malades : Mothers Anne (Shakers), Ludovic Muggleton, Noges. Le paranoïaque Say offre sa mère en sacrifice à Dieu. Une aliénée du même genre est l'objet d'un culte à Cincinnati.

La Terreur, qui jette un jour si sombre sur notre première Révolution, est l'œuvre d'une poignée de paranoïaques. Un client de l'auteur a été successivement dentiste de la reine Victoria, général de la seconde République française, fauteur de révolution en Australie, puis candidat à la direction du « New-York comp-troller-ship ».

Dans le même groupe se rangent : dans l'ancienne Rome, les Claude, les Caligula, les Néron; en Angleterre, Richard II, Henri IV, Jean I^{er}; en Allemagne, Charles V et toute sa lignée espagnole.

D'après l'auteur, que nous regrettons de ne pouvoir suivre dans ses très curieux développements, l'influence exercée par ces malades sur leur époque est aussi colossale que désastreuse. Elle a quelquefois décidé du sort des nations.

Et maintenant, il voit avec épouvante les rivages de l'Amérique et de l'Australie encombrés de ces épaves mentales (*mental wrecks*), et il adjure ses concitoyens de s'opposer de toutes leurs forces à l'immigration de la folie. — Le comté de Cook est envahi. Les statistiques les plus optimistes apprennent que sa population fournit un nombre de folies héréditaires quatre fois plus fort qu'au début de l'occupation. Il importe de faire face au danger, si l'on ne veut pas que la prospérité du pays soit pour jamais compromise.

L'assistance des aliénés dans le comté de Cook fournit ensuite à M. Kiernan un sujet d'attaques violentes. S'il ne s'agissait de l'Amérique où l'on rencontre d'autres surprises, en dépit de la marche rapide du progrès, le lecteur ne voudrait pas admettre la réalité de la peinture, faite par notre confrère, de la situation des aliénés dans l'Illinois. C'est la politique qui est la grande coupable en livrant les asiles à la merci d'administrateurs indignes et cupides. Un personnel insuffisant et vicieux mesure parcimonieusement à leurs pensionnaires une nourriture horrible composée de lait aigre, de viandes pourries, de têtes de porc non dépouillées!... Ces malheureux sont à peine vêtus; les soins les plus élémentaires leur sont refusés. Le traitement médical est nul. Chaque chef de quartier est pourvu de deux flacons; l'un contient du whisky, l'autre une mixture calmante de chloral et de bromure de potassium. Il use arbitrairement des deux, et le médecin n'est jamais appelé. Les sévices ne pouvaient manquer à ce programme. La camisole, les menottes, le jeûne forcé, sont admis couramment dans la pratique. Les cas de scorbut foisonnent dans ces établissements.

Ces graves abus sont restés longtemps ignorés, grâce au mauvais vouloir du gouvernement et aux rapports mensongers fournis par les « Boards of Charities ». Il convient cependant de rendre justice aux efforts tentés par quelques philanthropes, tels que MM. Folson Jewel, Brower, Ligmann, Clevenger,

Koller et M^{mes} Helen Scheed, Delia Howe et H. Alexander pour améliorer le régime des asiles:

Ce morceau oratoire, très énergiquement conçu, se termine par une critique de la législation des aliénés dans l'Illinois. Elle sauvegarde imparfaitement la liberté individuelle et le société; elle apporte aux intérêts des aliénés une garantie insuffisante, et ne les protège pas après leur sortie.

II. — *La cocaïne dans le traitement des troubles mentaux*; traduit de l'allemand du D^r Heimann, de Berlin (numéro de juillet). — L'alcaloïde a été administré sans grand succès dans la mélancolie sans hallucinations (jusqu'à six centigrammes) et dans la mélancolie avec hallucinations (jusqu'à deux décigrammes). Un lypémaniaque sitiophobe a présenté sous l'action du traitement une excitation passagère qui lui a fait accepter la nourriture. Dans la stupeur, l'injection cutanée à la dose de vingt centigrammes a échoué complètement; même insuccès dans l'hypocondrie, l'hystérie et la neurasthénie.

La cocaïne a été employée pour combattre le morphinisme, la morphine étant administrée à doses de plus en plus faibles, tandis que les malades prennent des quantités progressives de cocaïne. La diminution graduelle de la cocaïne termine le traitement. La suppression de la morphine a donné lieu à quelques troubles légers (sensation de froid, enclenchement, diarrhée), d'une durée très courte. Après la cessation de la cocaïne, rien ne s'est produit d'abord, mais quelques jours plus tard le malade accusait une boulimie insatiable. L'auteur pense qu'il ne faut pas compter sur les bienfaits de la cocaïne, dont le maniement d'autre part n'est pas sans dangers.

Le premier symptôme qui succède à l'absorption de la cocaïne, quelle que soit la voie d'introduction; est une suractivité sécrétoire des glandes sudoripares et sébacées, suivie de desquamation. Il en résulte une singulière accumulation de poussière sous les ongles, en dépit des soins de propreté, puis des démangeaisons qui font croire au malade qu'il est tourmenté de vermine. Des hallucinations se lient bientôt à cette aberration sensorielle; il voit des insectes de toute grandeur. Un médecin « cocaïniste » les découvrirait au microscope. Les autres sens sont plus tard impliqués. Le malade entend des réflexions sur son état misérable; il voit des traces au milieu du chemin, des fils tendus en l'air dans toutes les directions; il reçoit des secousses électriques. Les hallucinations du goût et de l'odorat ne sont pas constantes.

Enfin le système délirant s'organise et l'on constate une folie de persécution spéciale qu'il faut distinguer du type vésanique ordinaire. Les malades se croient en butte à des poursuites dirigées contre eux dans leur intérêt, pour les contraindre à se traiter; on veut s'emparer d'eux pour les empêcher de se ruiner en achats de poison; on leur vole leurs seringues de Pravaz, etc. L'agitation maniaque peut s'ajouter au désordre mental et nécessiter la séquestration.

La physionomie du cocaïniste est caractéristique. Le teint est terne, les pupilles sont dilatées, les yeux cernés et enfoncés dans l'orbite. Le malade a une tendance à exagérer son importance et sa force. On aurait constaté chez certains individus une propension au calembour. Après la suspension de la cocaïne, les malades recouvrent le calme, mais les troubles sensoriels persistent longtemps. Alors même qu'ils semblent guéris, ils présentent encore des anomalies graves dans les sphères morale et affective. Ils sont menteurs, voleurs et commettent des actes que leur conscience désavoue. Ils demeurent irrésolus, apathiques, indifférents à leur famille, négligés dans leur tenue. Cet état d'infériorité mentale se complique bientôt d'un irrésistible désir de s'adonner au médicament, et le cocaïnisme aigu ne tarde pas à reparaître.

Tous les cas ne sont pas aussi défavorables. Lorsque l'intoxication est récente, lorsque l'habitude n'est pas invétérée, la cessation du médicament peut amener la guérison complète. Elle doit se faire brusquement, et cette interruption subite est sans danger.

Cet intéressant travail se termine par quelques considérations sur l'urine des cocaïnistes. L'auteur a pu en isoler une quantité d'alcaloïde, assez grande pour insensibiliser la cornée d'un lapin.

III. — *Allocution présidentielle prononcée à la réunion annuelle de la Société médico-psychologique tenue à Londres le 27 juillet 1887; par M. le D^r F. Needham (numéro d'octobre).* — Depuis que notre savant confrère a prononcé son discours, la loi sur les aliénés a été mise en vigueur et ses principales dispositions ont été résumées dans ce recueil. Les commentaires auxquels s'est livré le D^r Needham sur le projet de loi perdent aujourd'hui de leur intérêt et nous les passerons. D'autres lois ont encore été promulguées qui intéressent les aliénistes; l'une est excellente et concerne l'hospitalisation des idiots; une autre mérite moins d'éloges, c'est celle qui déplace la juridiction des

asiles qui vont dépendre de l'administration ultra-économique des *boards of guardians*.

Le nouveau président se montre satisfait de voir la contrainte devenir de plus en plus rare dans les asiles. Le jubilé de Hanwell vient d'être célébré et, depuis l'époque où Conolly a commencé sa réforme, de grands progrès ont été accomplis. En 1857, on ne comptait plus dans les asiles qu'un aliéné sur 575 soumis à la contrainte. A vrai dire, cette proportion s'est un peu élevée, et en 1886 elle est de 1 sur 420. La contrainte ne devrait être employée que dans les cas chirurgicaux, mais la raison budgétaire sera malheureusement toujours un obstacle à la pratique absolue du non-restraint.

Malgré les perfectionnements apportés au traitement des aliénés, tant au point de vue thérapeutique qu'en ce qui touche l'hygiène et le confort, la statistique des asiles est toujours peu favorable; l'orateur croit devoir l'attribuer à l'accroissement du nombre des paralysies générales et des affections organiques des centres nerveux. Il constate en terminant que l'enseignement de la psychiatrie est entré dans une voie nouvelle, grâce à la décision prise par l'Université de Londres de comprendre parmi les matières d'examen « la physiologie mentale dans ses rapports avec les désordres mentaux ».

La Société médico-psychologique anglaise doit se féliciter de ce progrès qui a été préparé par son initiative.

IV. — *Le travail extérieur comme agent curateur de l'aliénation mentale*; par M. le Dr Lloyd Francis (numéro d'octobre). — M. Lloyd est médecin d'un hôpital pour aliénés. Il a pour malades des pensionnaires payants, et il a pu les astreindre au travail manuel qu'il préconise avec conviction. A l'établissement qu'il dirige est annexée une ferme de 500 acres, largement suffisante pour occuper les aliénés. Sur 160 pensionnaires, 56 s'adonnent à la culture, 18 aux travaux manuels dans l'intérieur, 14 chassent, montent à cheval, en vélocipède; ce qui fait un total de 88 qui sont soumis à l'entraînement physique.

Le traitement par le travail en plein air a été couronné de succès chez trois malades : un hypocondriaque avec dépérissement physique, un maniaque aigu et un maniaque approchant de la démence. L'amélioration de la santé physique se montre en premier lieu et précède le retour des facultés mentales. Chez les incurables, on obtient toujours une modification heureuse dans la tenue qui les rend plus traitables.

M. Lloyd reconnaît les difficultés que rencontre le médecin

dans cette pratique. Il lui faut d'abord avoir raison des répugnances du malade ; puis c'est la famille qui fait opposition au médecin, soit par amour-propre, soit par une fausse entente des intérêts de l'aliéné. Le médecin doit tenir bon et imposer ses vues, au risque de perdre ses pensionnaires.

V. — *Nos lois et notre personnel* ; par M. le D^r Oscar Woods (numéro d'octobre). — Deux modes d'admission sont en usage en Irlande pour les aliénés. La procédure régulière, qui prescrit une demande à adresser à l'autorité administrative, est celle qui est le moins souvent employée, à cause de ses lenteurs et des formalités qu'elle impose. L'autre moyen, qui consiste à faire admettre l'aliéné comme criminel sur l'intervention de deux magistrats, est celui qui est généralement adopté. En 1885, 862 aliénés ont été admis par voie de pétition, 1,846 sont entrés à l'asile sur un ordre des juges.

Telle est la pratique que déplore M. le D^r Woods devant l'Association médicale anglaise, en souhaitant que son pays soit bientôt favorisé d'une législation aussi parfaite que celle qui régit les autres parties du Royaume-Uni. Il critique avec raison une procédure d'admission qui est d'abord flétrissante pour le malade. Elle offre, en outre, les inconvénients : 1^o de retarder l'entrée de l'aliéné, soit qu'il ne commette aucun acte criminel, soit que personne ne veuille en témoigner ; 2^o de priver le directeur de tout renseignement sur les malades qui lui sont amenés par les agents de la force publique. Avec le système actuel, les causes de l'aliénation mentale demeurent inconnues dans les 33 p. 100 des cas.

M. Woods a d'autres griefs contre la loi irlandaise. Il lui reproche d'attribuer la nomination des employés des asiles au gouvernement local. Le directeur doit pouvoir recruter lui-même son personnel pour avoir quelque autorité sur lui.

Notre confrère formule un dernier vœu : celui de voir adjoindre l'élément féminin au personnel dirigeant des asiles. D'après lui, la dépense nécessitée par ces auxiliaires serait amplement compensée par l'accroissement du nombre des guérisons et des sorties.

VI. — *Sur l'emploi du galvanisme dans le traitement de certaines formes d'aliénation mentale* ; par M. le D^r Joseph Wigglesworth (numéro d'octobre). — Ce travail contient des détails techniques qui ne sont pas sans intérêt. L'auteur a fait usage du courant continu. Sa batterie se compose de cinq éléments Leclanché. Dans l'appareil qu'il emploie, le sens du courant

peut être changé à volonté sans toucher aux fils. Il est pourvu d'un galvanomètre gradué en milliampères. L'importance de cet accessoire est capitale. Bien souvent, en effet, la sécheresse de la peau, le fonctionnement irrégulier des piles sont de graves causes d'erreur touchant l'intensité réelle du courant, et le galvanoscope ne fournit que des renseignements insuffisants. Le galvanomètre gradué est donc indispensable pour donner aux observations une rigueur scientifique. — Les électrodes de M. Wigglesworth sont des plaques métalliques flexibles qu'il applique respectivement sur le front (pôle négatif), et à la nuque (pôle positif). Il substitue quelquefois au cathode une plaque très large qui couvre le vertex. Les électrodes doivent être recouverts d'une double enveloppe en peau, pour éviter la production d'escarres. On doit débiter par un courant très faible, — trois milliampères, — pour s'élever graduellement jusqu'à vingt-cinq et trente milliampères. La durée moyenne de la séance est de dix minutes.

Les résultats obtenus par M. Wigglesworth ne sont pas brillants ; ils imposent néanmoins ce fait indéniable : l'efficacité de l'électrisation dans le traitement de certaines formes de folie. Onze femmes aliénées ont été soumises au courant continu ; sur ce nombre, cinq n'ont pas changé, deux se sont améliorées, le résultat a été douteux chez une malade, et trois ont guéri. Toutes ces femmes étaient des mélancoliques, et le traitement a paru réussir surtout dans les cas avec tendance à la stupeur. L'amélioration s'est affirmée d'abord dans la santé physique, et l'on peut se demander si cette modification, heureuse dans la nutrition, provient d'une action vasculaire ou d'une action trophique exercée sur les tissus. Néanmoins, une des malades guéries a fait exception à la règle, car elle avait une mélancolie délirante sans stupeur ; ce qui peut faire supposer que l'électrisation peut agir directement sur le fonctionnement psychique. Mais il convient d'être circonspect dans des cas semblables, et de ne pas oublier que le traitement électrique peut aggraver l'hyperesthésie mentale.

VII. — *Cas d'imbécillité avec mouvements choréiques* ; par M. Fletcher Beach (numéro de juillet). — Le sujet de l'observation est âgé de dix-sept ans, sans antécédents héréditaires mauvais, qui a joui d'une bonne santé jusqu'à dix ans. Il reçut alors un coup de clef au visage, qui eut pour conséquences une affection du maxillaire, de l'obtusion intellectuelle et enfin des attaques convulsives. Elles ont affecté les deux côtés, puis est

survenue une paralysie du côté gauche, prédominant au membre supérieur. C'est à ce moment qu'on a constaté des mouvements choréiques occupant le côté paralysé. Le malade soutient sa main gauche avec sa main droite; mais s'il laisse pendre son bras gauche le long du corps, tout le membre est animé de mouvements, plus rapides à la main. Le pouce est alors dans l'extension, les autres doigts fléchis et la flexion est complète pour l'index et le médius. Dans l'extension volontaire du bras et de la main, les mouvements sont exagérés. Ils ne sont pas douloureux, cessent pendant le sommeil et ne s'augmentent pas par l'attention. La préhension ne se fait qu'au prix de grands efforts. Le côté affecté garde encore une certaine puissance musculaire, mais il est plus faible que l'autre. Les orteils, et particulièrement le troisième et le quatrième, offrent le même trouble, mais à un degré moindre. Si le malade se sert de sa main, le gros orteil est porté en haut, tandis que les autres se fléchissent. Par contre, la marche n'influe pas sur les mouvements de la main; elle est possible les yeux fermés.

Il y a du tremblement de la langue, et, dans l'effort déployé pour la sortir, la tête se dirige en haut et en arrière. La face est immobile. Enfin, il y a analgésie avec atrophie du côté paralysé. La mort a été consécutive à une attaque d'épilepsie.

L'examen du cerveau a permis de constater une augmentation de densité du tissu cérébral au niveau des régions pariétales, temporo-sphénoïdales et occipitales, surtout dans l'hémisphère droit. La substance blanche de la première temporo-sphénoïdale et du lobule pariétal inférieur des deux côtés offre un aspect fibreux. On a trouvé au microscope : 1° une augmentation de la vascularité; 2° la distension d'un grand nombre de vaisseaux; 3° une production énorme de leucocytes accumulés surtout dans les régions péri-vasculaires.

M. Fletcher Beach discute judicieusement le diagnostic de ce cas curieux. Il l'avait pris d'abord pour une athétose, mais il se prononce, après examen, pour une chorée post-hémiplégique.

VIII. — *Observation de catalepsie. — Traitement par les températures élevées et le galvanisme appliqués sur le crâne*; par M. le Dr A. Robertson (numéro de juillet). — Le malade, âgé de vingt-trois ans, est admis à l'Infirmierie royale dans un état d'inconscience complète. Il a dans sa famille un oncle maternel aliéné; lui-même est buveur. Depuis quelque temps, sa conduite avait changé. Il s'adonnait à des pratiques pieuses; il était

devenu taciturne, et il avait fini par tomber dans la stupeur. Il eut alors une perte de connaissance d'une durée de dix minutes environ. Pendant cette crise, ses membres étaient raides, tout en obéissant aux mouvements communiqués ; ils gardaient la position qu'on leur donnait. Puis survint un accès d'agitation marqué par des conceptions religieuses, des chants d'hymnes, etc. Le lendemain se produisit un nouvel accès de catalepsie qui nécessita son entrée à l'hôpital. On a fait alors les constatations suivantes : les pupilles sont dilatées, mais sensibles à la lumière ; respirations : 24 ; température : 36°, 8. Les membres se laissent déplacer facilement et gardent, pendant dix à douze minutes, la position qu'on leur donne, si malaisée qu'elle soit. L'anesthésie est générale, tant à la piqure qu'au courant électrique, qui provoque, d'ailleurs, des contractions vigoureuses. Soutenu par les aisselles, le malade fait quelques pas, mais il reprend bientôt son immobilité. L'examen du fond de l'œil ne révèle rien d'anormal.

Ce malade a été transféré au Town's Hospital. Là, il a refusé la nourriture et l'introduction de la sonde lui a fait pousser des cris aigus. L'état général était bon, le pouls à 70 degrés, la température normale. Alors a été institué un traitement par l'application de sachets d'eau chaude sur la tête, à une température de plus en plus élevée. On a commencé par 42 degrés pendant deux heures. Le quatorzième jour, la température était portée à 49 degrés. Chaque application produisait une élévation légère de la température axillaire (0°, 7) et une accélération du pouls (12 p.). Dans les dernières séances, on a laissé l'eau se refroidir sur le crâne. Ce traitement a modifié la stupeur, le malade a recouvré quelques mouvements, il obéissait à quelques injonctions et répondait par monosyllabes. Le mois suivant, on a eu recours à l'électrisation. Un courant continu a d'abord été appliqué sur le crâne ; puis le pôle positif a été placé sur le sympathique cervical tandis que le négatif était promené lentement autour du cerveau. Enfin, le positif était placé dans un bain d'eau salée où plongeaient les pieds du malade, tandis que le négatif était mis alternativement en contact avec les deux côtés du crâne.

L'amélioration a été rapide. La catalepsie a disparu, mais le malade a conservé longtemps des idées délirantes sur la religion et la divinité. Il a guéri enfin, mais ses excès alcooliques l'ont fait rechuter plusieurs fois. Il est devenu plus tard épileptique.

Cette observation a donné lieu à une remarque intéressante. La volonté jouait un rôle important dans les phénomènes de catalepsie. Le malade l'a nettement affirmé dans la suite. M. Robertson pense que cette anomalie clinique est commune à toutes les catalepsies qui compliquent l'aliénation mentale.

IX. — *Cas de sommeil prolongé*; par M. le Dr Keser (numéro de juillet). — C'est à l'hôpital français de Londres qu'a été admis le nommé Chauffat, âgé de trente-huit ans, atteint de sommeil pathologique. L'hérédité tuberculeuse et nerveuse a fait dans sa famille de nombreuses victimes. Genevois d'origine, il s'était engagé à vingt ans dans la légion étrangère de France. La guerre franco-allemande lui a été fatale, car il y a gagné une pleurésie, une blessure à la protubérance frontale gauche et un coup de feu qui a nécessité l'amputation du bras. Congédié de l'armée, il gagne la Suisse, puis l'Algérie, où il contracte une méningite (?). Plus tard, il a des attaques convulsives suivies de coma et de délire. La variole et la fièvre intermittente complètent cette série d'épreuves. Il quitte l'Algérie pour la Suisse et l'Allemagne, et se fait voyageur de commerce. C'est à Balingen, en 1880, qu'il a une première attaque de sommeil d'une durée de quarante heures. A son réveil, il est paralysé du côté gauche et frappé de mutité. On le voit successivement, à dater de cette époque, dans les divers hôpitaux de l'Europe; il a été soigné à Genève, à Lyon, à Paris, à Londres. MM. Charcot et Babinski l'ont regardé comme un hystéro-épileptique avec attaques de sommeil. Voici les traits les plus saillants de cet état pathologique.

Le malade paraît dormir paisiblement, mais une piqûre, un coup sec donné sur un point quelconque du corps, provoquent une secousse et des mouvements qui durent environ deux secondes, le visage demeurant impassible. Le pouls et la température sont normaux. Le malade n'urine pas et doit être sondé. Il n'avale pas; mais si l'on dirige une lumière intense sur les yeux à l'aide d'un miroir concave, on produit un réveil incomplet à la faveur duquel la déglutition et l'alimentation deviennent possibles. Les réflexes sont normaux; il n'y a pas de clonus de la cheville. Une légère friction sur la peau du thorax produit la tache cérébrale. Les membres sont dans le relâchement, mais ils deviennent rigides quand on répète l'expérience du miroir et gardent indéfiniment leur position. La rigidité s'augmente par la friction; elle disparaît par un

coup sec ou en soufflant sur le membre. Les vaisseaux du fond de l'œil ont paru contractés à l'ophthalmoscope.

Le septième jour, le malade a été un peu excité. Il a prononcé quelques mots sans suite, mais sans recouvrer le sentiment. Si alors, les yeux étant ouverts de force, on imprimait un mouvement à un membre, ce mouvement se continuait de lui-même jusqu'à ce que les yeux soient fermés. Au début, la suggestion a été impossible. La faradisation des muscles a donné les résultats ordinaires. Celle de la cloison du nez a été suivie d'un accès épileptoïde marqué par un tremblement violent, du pleurothotonos, des spasmes cloniques accompagnés de raideur des extrémités.

La sensibilité est en partie perdue du côté droit. A la jambe, l'anesthésie est complète entre le genou et la cheville. On a constaté quatre zones d'hyperesthésie. La vue et l'ouïe sont affaiblies à droite. Le goût est aboli des deux côtés. Le pharynx est insensible, ce qui rend facile l'examen des cordes vocales; on voit alors que dans les efforts pour parler, elles restent éloignées l'une de l'autre. Le malade n'a recouvré la voix que beaucoup plus tard, sous l'action du galvanisme.

Cette crise de sommeil a duré treize jours. Le dixième jour, le malade a commencé à subir la suggestion en urinant dans son vase. Puis il a pu écrire, répondre par signes et il a repris graduellement possession de lui-même.

X. — *Un cas d'épilepsie*; par M. le Dr W. Dodds (numéro d'octobre). — Il est d'abord remarquable par le nombre des attaques qui se sont produites en un temps très court : 472 en trente heures, soit une toutes les quatre minutes. Le sujet est un enfant de quinze ans. A neuf ans, il fit une chute précédée de la suspension la tête en bas, pendant une ou deux minutes. Bien qu'il n'eût pas de blessure apparente, il est devenu épileptique et a eu sa première attaque six mois après l'accident. La forme des attaques est aussi intéressante à noter. Les convulsions affectent surtout le côté droit, mais elles ne sont pas absolument unilatérales, car elles atteignent parfois le côté gauche, en s'étendant à l'épaule et au cou du même côté. Au moment de son entrée, le malade était en état de mal épileptique. On a constaté que, pendant les crises, le bras et la jambe droits semblent paralysés. Avec le retour de la conscience, il reste de l'aphasie, de la parésie du bras, de la face, et (beaucoup moins marquée) de la jambe du côté qui a été le siège principal des convulsions.

Ce cas clinique participe à la fois de l'épilepsie jacksonnienne et de l'épilepsie idiopathique. Il peut se rapprocher d'une autre observation publiée dans le journal « Brain », par le D^r Paton, où les attaques présentaient tour à tour les deux formes. Dans le cas de M. Paton, l'affection convulsive avait été causée par une fracture du pariétal.

XI. — MISS DOROTHÉE DIX (numéro d'octobre). — Le *Mental science* rend un pieux hommage à cette femme de bien, qui vient de mourir. Elle était moins connue sur le continent européen qu'en Angleterre; mais tous ceux qu'intéresse le sort des aliénés salueront avec respect cette noble figure qui disparaît. Toute l'existence de Miss Dix fut vouée au soulagement des malheureux, mais les aliénés ont eu la plus grande part de son activité. L'amélioration des vieux asiles, l'érection d'asiles nouveaux, tous les perfectionnements qui ont été apportés pendant quarante-cinq ans à l'assistance des aliénés ont trouvé en elle un protagoniste infatigable. Elle ne s'est pas seulement intéressée à l'Amérique, elle faisait encore de fréquentes incursions en Angleterre où les aliénistes la connaissaient bien. Ils l'avaient appelée d'un surnom bizarre : *l'envahisseur américain* (american invader), et elle aimait à se donner cette qualité dans les lettres qu'elle écrivait à ses amis. Ses efforts n'ont pas été stériles dans le Royaume-Uni, puisque c'est à son intervention ardente que l'Écosse a dû, en 1855, sa grande réforme du régime des aliénés. Dans les derniers temps de sa vie, Miss Dix s'était retirée à l'asile de Trenton (New-Jersey). C'est là qu'elle s'est éteinte, chargée d'années, le 17 juillet 1887.

D^r PONS.

BIBLIOGRAPHIE

Les aliénés et les asiles d'aliénés. Assistance, législation et médecine légale; par M. le D^r Jules Falret. Paris, J.-B. Baillière, 1890.

En publiant l'an dernier les « *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses* » de M. J. Falret, l'éditeur annonçait l'impression d'un nouveau volume du même auteur. Ce volume vient de paraître avec le titre « *Les aliénés et les asiles d'aliénés* ». Il comprend une série d'articles sur l'organisation des asiles en France et à l'étranger, — sur la médecine légale des aliénés en général, — sur les questions plus spéciales des aliénés dangereux et des aliénés dits criminels, etc... Moins la forme didactique, il constitue un véritable traité de la médecine légale des aliénés. En cette matière, l'autorité de M. J. Falret est toute particulière. Le D^r J.-P. Falret, son père, est un des aliénistes qui, dans la première moitié du siècle, se sont le plus occupés de ces questions délicates, dont il a abordé, avec un succès durable, les solutions pratiques; il fut, en effet, l'un des inspirateurs de la loi de 1838, le fondateur de la maison de santé de Vanves et du patronage de Grenelle pour les aliénés convalescents. Héritier de la longue expérience de son père et continuateur de son œuvre, M. J. Falret a consacré une grande partie de sa carrière scientifique à l'étude et à la pratique de l'assistance et de la médecine légale des aliénés. Le présent volume nous montre dans leur ensemble les idées qu'à plusieurs reprises, l'auteur avait exposées soit dans les discussions de la Société médico-psychologique et de la Société de médecine légale, soit dans diverses publications, notamment dans l'article « *Responsabilité légale des aliénés* » du Dictionnaire encyclopédique.

De la lecture attentive de ces divers articles se dégagent un certain nombre de tendances générales et d'idées principales qui, seules, peuvent trouver place dans une analyse, forcément restreinte et incomplète. Pour le développement des arguments, pour les idées en quelque sorte accessoires, mais qui, en réalité, donnent toute sa valeur et sa force, son exactitude de *mise au*

point, à l'idée principale, aucune analyse ne saurait être, ni fidèle ni suffisante.

Les premiers chapitres du livre sont consacrés, d'une part, à l'exposé critique, « *des législations étrangères sur les aliénés et des réformes proposées à la loi de 1838* »; d'autre part, aux applications particulières qui ont été faites de ces diverses législations, notamment dans les asiles de la Hollande, dans la célèbre colonie de Gheel, et à l'asile médico-agricole de Leyme (Lot).

A propos de Gheel, ce village unique au monde, tout entier consacré au traitement des aliénés, M. J. Falret a su éviter à la fois l'enthousiasme des admirateurs à outrance et les sévérités de certains détracteurs. C'est l'histoire mise à la place de la légende. Les inconvénients et les abus de Gheel ne sont pas dissimulés : difficulté de la surveillance médicale, pour les malades nouvellement arrivés et pour ceux qui sont dans les périodes aiguës de leur affection ; — accidents plus faciles ; — exploitation possible du malade par son nourricier, etc... La partie même du système de Gheel qui a rencontré le plus d'approbateurs, c'est-à-dire la vie de famille, la communauté d'existence entre les habitants ordinaires de Gheel et les aliénés, donne lieu à des remarques intéressantes. La liberté dont jouissent les malades est limitée par leur propre état, par la configuration même du pays, par un règlement — tout comme dans un asile. On porte atteinte à cette liberté d'une façon plus brutale et plus cruelle que dans les asiles les plus fermés, dès que la nécessité de la contention devient manifeste, et on trouve à Gheel, — on y trouvait du moins en 1862, — des malades maintenus par *des ceintures, des entraves, des anneaux de fer*, recouverts de cuir, il est vrai ! La création d'une grande infirmerie, qui devient un véritable asile fermé dans la colonie, libre en apparence, et une réglementation plus minutieuse, tendent à rapprocher de plus en plus la colonie de Gheel des asiles ordinaires. Elle conserve cependant toujours son caractère particulier et unique, à savoir la vie commune entre les aliénés et les autres habitants, système qui convient surtout aux malades tranquilles et incurables.

C'est à un système analogue, réalisé à l'asile médico-agricole de Leyme, dans le département du Lot, que M. Falret donne la préférence quand il traite « *des divers modes de l'assistance publique applicables aux aliénés* ». — « Donner aux aliénés, » écrit-il, tout le bien-être et toute la liberté compatibles avec « leur état et avec la sécurité publique ; rapprocher le plus pos-

« *sible les asiles d'aliénés des habitations ordinaires et la vie de ces malades de celle des hommes en général*, tels sont les grands principes qui ont servi de base à la réforme du commencement de ce siècle et dont nous demandons actuellement le développement graduel et successif. »

L'article sur « *la responsabilité légale des aliénés* », publié en 1876 dans le Dictionnaire encyclopédique, et que nous retrouvons ici, résume et complète les études relatives aux « *législations étrangères sur les aliénés* », — aux « *aliénés dangereux* », — aux « *asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels* », etc.

M. J. Falret discute d'abord les divers critères que l'on a successivement invoqués pour apprécier la nature et le degré de la responsabilité des aliénés. D'accord en cela avec la plupart des aliénistes de tous les pays et avec la législation française, il n'en admet qu'un seul, *celui de la maladie*. Oui ou non, « l'individu soumis à l'examen était-il aliéné, au moment où il a accompli l'acte qui lui est reproché ? S'il était sain d'esprit, on doit le condamner ; s'il était aliéné, on le doit considérer comme non coupable et l'envoyer ensuite dans un asile, s'il est regardé comme dangereux pour la société... Irresponsabilité et folie sont deux termes connexes et synonymes. » La question ainsi posée, sur le terrain exclusivement médical, on se trouve en possession d'un critérium net et précis, permettant d'éviter les insurmontables difficultés qui surgissent lorsqu'il s'agit d'apprécier le degré du libre arbitre, la part des conceptions délirantes dans l'accomplissement de l'acte, le plus ou le moins de conscience, l'énergie des forces de résistance, etc., etc. Pour la solution de ces problèmes, il nous manque, suivant le mot de Falret père, le *phrénomètre* capable de mesurer les actions et réactions infiniment délicates du « mécanisme compliqué des facultés intellectuelles, morales et instinctives ».

En vertu du même principe, et avec les mêmes arguments, M. J. Falret combat la théorie de *la responsabilité partielle des aliénés*. Incontestable au point de vue moral et philosophique, la responsabilité partielle présente, dans la pratique, d'extrêmes difficultés d'appréciation ; lui faire une place en médecine légale, serait abandonner le ferme appui de la clinique pour s'en remettre au hasard de théories incertaines, souvent contradictoires, et substituer aux conclusions du médecin la discussion de l'avocat.

Acceptant comme critérium unique de la responsabilité

légale des aliénés l'existence ou la non-existence de l'affection mentale confirmée, M. J. Falret a été logiquement amené à combattre la création « *d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels* », tels qu'il en existe en Écosse et en Angleterre. Dans un langage plein de bon sens et d'élévation, l'auteur soutient cette idée qu'en réalité *il n'y a pas d'aliénés criminels*. Qu'importe si ces malades ont comparu en justice! « Ils ne sont ni plus ni moins aliénés, parce que le hasard d'un acte quelconque les a conduits devant les tribunaux; ils ne sont ni plus ni moins dangereux, parce qu'ils se sont livrés à un acte violent ou délictueux, que ceux qui ont été séquestrés avant d'avoir eu le temps d'accomplir un acte de ce genre... *Ce n'est pas en vertu d'un fait accompli*, que l'on doit juger du degré de danger que peut présenter un aliéné... Nous plaçant au point de vue élevé des sentiments humanitaires de la philanthropie moderne, nous n'admettons pas de crime, de honte, ni de flétrissure, là où il y a maladie. *Si l'individu acquitté par les tribunaux est un aliéné, il a cessé par cela même d'être un criminel*. C'est un malade qui mérite la sympathie et la compassion, au même degré que les autres, et il ne peut y avoir aucune honte pour les autres aliénés ni pour leurs familles, à se trouver confondu avec lui. Le nom de criminel accolé à celui d'aliéné, nous paraît une monstruosité... etc., etc. »

On le voit par ces citations, il est difficile d'être plus catégorique, de prendre plus nettement position parmi les adversaires des asiles pour les aliénés dits criminels. Ces paroles sont un écho des revendications éloquentes qui, depuis le commencement du siècle, n'avaient cessé de s'élever en faveur des aliénés; grâce à elles, les aliénés avaient enfin été considérés et traités comme des malades, et ce résultat, précieux pour la science et pour l'humanité, il ne fallait pas le laisser compromettre.

Depuis quelques années, l'idée des asiles spéciaux semble gagner du terrain et rallier des partisans. La raison en est, vraisemblablement, dans l'extension de plus en plus grande du cadre de la médecine mentale et dans les conséquences, peut-être exagérées, que certains ont voulu tirer des études d'anthropologie criminelle: Il est peut-être vrai, théoriquement, que tout criminel, que tout délinquant, est un malade. Il n'en est pas moins certain que, dans la pratique, il faut distinguer entre un délirant ou un fou moral dont l'existence, prise dans

son ensemble, est évidemment pathologique, et un individu plus ou moins déséquilibré qui ne recule pas devant le crime s'il s'agit de satisfaire ses mauvais instincts ou ses appétits. Les uns et les autres ne sont pas également dignes de pitié, ni également dangereux, et il semble légitime de ne pas leur appliquer le même traitement.

Quoi qu'il en soit de cette manière de voir, dont le développement ne saurait trouver place ici, il s'en faut que la création d'*asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels* ait obtenu l'assentiment général des aliénistes français, puisque un vote, contraire à cette création, a été émis, presque à l'unanimité, au récent Congrès de Rouen (août 1890).

Il nous reste à signaler plusieurs autres articles, également d'un intérêt considérable et d'une lecture fructueuse, se rapportant à un autre ordre d'idées. C'est ainsi que nous trouvons ici le dossier complet de cette « affaire Jeanson » qui, en 1868 et 1869, passionna le monde médical et judiciaire. Des rapports contradictoires furent déposés par MM. Bonnet et Bulard d'une part, par M. Morel d'autre part. La Société de médecine légale de Paris, saisie de l'affaire, se prononça, après lecture d'un rapport de M. J. Falret, en faveur des conclusions de Morel, tendant à l'irresponsabilité, conclusions contraires à la décision de la cour d'assises, qui condamna l'accusé.

Après une étude critique sur « la consanguinité » et sur ses rapports avec l'hérédité, directe ou transformée, le volume se termine par des mémoires très importants sur « l'amnésie » et sur « l'aphasie », et par des considérations physiologiques et cliniques sur « l'emploi du bromure de potassium dans l'épilepsie. »

Dans la préface de ce deuxième volume, M. J. Falret nous fait espérer la prochaine publication de ses *Leçons cliniques*. Je veux exprimer le sentiment d'un grand nombre d'aliénistes en leur souhaitant d'avance la bienvenue et en leur prédisant un vif succès.

L.-F. ARNAUD.

Les régicides dans l'histoire et dans le présent; par M. le D^r Emmanuel Régis. 1 vol. in-8° de la *Bibliothèque de Criminologie*, Paris 1890. G. Masson, édit.

L'étude des *régicides* a été commencée par l'avocat Lasehi au Congrès de Rome (1885), mais seulement en ce qui concerne l'anthropologie; elle n'a pas été faite au point de vue clinique.

Le docteur Régis, après trois années de recherches, a recueilli un très grand nombre de documents relatifs à plus de quatre-vingts fanatiques célèbres passés ou présents; puis, éliminant tous les détails historiques et biographiques simplement curieux, il a entrepris un travail d'ensemble sur l'état mental des régicides.

§ I. *Caractères généraux*. — Les régicides sont placés sur les frontières de la folie, ils étaient connus autrefois comme *fous lucides* ou *raisonnants*, ce sont aujourd'hui des *désharmoniques*, des *dégénérés*, des *anormaux*; ils présentent presque tous des tares héréditaires dans l'ordre physique, moral et intellectuel; ce sont des *instables*, des *mécontents*. Ils ont aussi des antécédents névrosiques ou psychopathiques personnels. Les régicides célèbres étaient à peine âgés de trente ans, au moment de leur attentat; ce ne sont pas des *faibles d'esprit*, mais des *déséquilibrés*, des *semi-fous*, ayant un amalgame de raison et de folie difficile à apprécier sous son vrai jour.

§ II. *Tempérament d'esprit*. — Le régicide est avant tout un *mystique* aussi bien dans le sens religieux que politique; cette tendance lui est habituellement transmise par hérédité. Le mysticisme héréditaire ou personnel fait que les régicides embrassent avec fureur une idée de dogme ou de parti, ils ne souffrent ni tempérament, ni contradiction.

§ III. *État mental*. — Le régicide est donc un *mal équilibré*, assez intelligent, mais d'une volonté faible avec instabilité malade; il s'exalte dès qu'avec son tempérament mystique, il a adopté une querelle politique ou religieuse destinée plus ou moins rapidement à lui fournir des idées délirantes. Le délire est alors constitué, il est d'ordre mystique, religieux ou politique, politico-religieux suivant les circonstances et le milieu ambiant.

L'idée-mère, quand il n'y en a qu'une, c'est l'idée d'une *mission glorieuse* à remplir. Les hallucinations ne sont pas constantes, elles sont plus visuelles qu'auditives, se rapprochant des visions observées chez les hystériques et extatiques;

elles sont intermittentes, nocturnes, jusqu'à se confondre avec le rêve.

Le délire mystique des régicides, ordinairement primitif, se complique parfois de délire de persécution d'ordre secondaire ; mais le délire mystique, qui fait les régicides, peut survenir aussi chez les aliénés ; il s'agit encore de déséquilibrés héréditaires, persécutés, raisonnants, qui deviennent, par évolution, mystiques et régicides.

§ IV. *Attentat.* — Les régicides n'agissent point d'une façon subite et à l'aveugle, leur attentat est logiquement conçu, prémédité et préparé ; ils ont même souvent conscience de l'obsession morbide qui s'est emparée d'eux, ils luttent, ils se révoltent, invoquant parfois le ciel pour y chercher une inspiration. Les dernières résistances sont franchies, l'acte résolu, le régicide n'hésite plus, c'est un convaincu, fier de sa mission, il l'accomplit alors en plein jour, d'une façon théâtrale ; il dédaigne le poison, préfère l'instrument tranchant et frappe avec décision et violence, sans chercher à fuir.

§ V. *Suicide après l'attentat.* — Laschi a signalé, chez les régicides par passion, la fréquence du suicide après le crime, c'est pour le Dr Régis un fait exceptionnel et un fait morbide ; en dehors de l'attentat, la tendance au suicide serait moins rare à titre d'impulsion héréditaire ou acquise. Le *suicide indirect* est celui des individus qui se décident à tuer quelqu'un pour être frappés à leur tour par la justice ; ce n'est pas le but poursuivi par les régicides, la vie leur importe peu, ils n'aspirent pas au suicide, mais au *martyre*. La mission à accomplir et l'auréole du martyr sont pour eux les deux étapes successives de leur entreprise glorieuse.

§ VI. — *Attitude après l'attentat.* — L'idée du martyr se complète chez les régicides par les sentiments d'orgueil, de vanité et de recherche de la gloire ; les uns songent au bonheur céleste qui les attend, les autres songent seulement à la renommée. N'ayant point peur de la mort, ils braveut les plus cruels tourments comme les martyrs, dont la sensibilité à la douleur pouvait bien d'ailleurs être émoussée.

§ VII. *Analogies avec les criminels mattoïdes.* — Les régicides ont des analogies avec les *criminels*, on a pu trouver dans les antécédents de quelques-uns des délits antérieurs, tels que des vols ; ils aiment à confier à *des écrits* leurs idées et leurs sentiments, ils tiennent beaucoup à leurs productions et sont fort heureux de pouvoir les lire en audience.

§ VIII. *Causes.* — La cause principale réside dans une prédisposition individuelle, le plus souvent héréditaire, dont l'effet peut s'accroître en raison des milieux, des chagrins, de la misère et de toutes les commotions politico-sociales dont l'influence est démontrée par la couleur du délire; les régicides étaient autrefois *religieux*, ils sont aujourd'hui *anarchistes*.

§ IX. *Complicité.* — Le régicide n'a pas de complices, il s'exalte lui-même avec son délire mystique et exécute seul son projet morbide.

§ X. *Conclusions médico-légales.* — Il ne faut point oublier qu'il s'agit de juger non le crime, mais le criminel et cela scientifiquement. Les régicides sont des anormaux, dégénérés héréditaires, généralement des mattoïdes ou demi-fous, qui deviennent criminels parce qu'ils sont malades.

Quand le régicide est délirant et halluciné, l'internement dans un asile d'aliénés est une mesure qui est loin de plaire à l'aspirant au martyr ou à l'héroïsme.

Quand le régicide est un passionnel (Laschi) dont l'aliénation mentale peut être discutée, il faut lui faire une place dans les asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels, asiles qui existent en Angleterre, dont on parle beaucoup en France, sans jamais les construire.

Le livre du Dr Régis comporterait, à mon avis, tant de discussions et de polémiques aussi oiseuses qu'interminables, que nous avons préféré le lire, pas à pas, en le résumant d'une façon concise et cependant complète. Par suite d'habitudes invétérées et de dons naturels, notre confrère et ami Régis a, une fois de plus, fait un travail original, agréable à lire, rempli de faits curieux, inédits ou habilement mis en lumière, et, avec cela, toujours attachants, intéressants, jamais inutiles ou étrangers au débat.

D^r DOUTREBENTE.

L'Évolution du système nerveux; par M. H. Beaunis, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy, directeur du laboratoire de psychologie expérimentale à la Sorbonne (Hautes études). — Paris. Librairie Baillière et fils, 1890.

Ce livre de M. Beaunis est certainement une œuvre de vul-

garisation, mais c'est bien plus encore une étude de philosophie transformiste.

En suivant le système nerveux dans toute la série animale, on voit d'abord que certains animaux tout à fait inférieurs, les amibes par exemple, sont absolument dépourvus de cellules et de fibres nerveuses. Ces protozoaires présentent quelques manifestations d'ordre psychique. Ils se meuvent, ils ont de la sensibilité, ils ont un rudiment d'instinct sexuel, et quoique, la plupart du temps, on puisse expliquer leurs déterminations par l'influence physico-chimique des agents ambiants, on ne peut cependant leur refuser un certain degré de conscience. Il faut alors admettre que le système nerveux existe chez eux, mais à l'état diffus. La puissance nerveuse réside dans tout l'organisme, mais ne se localise pas.

En observant sur des animaux un peu plus élevés, on trouve un rudiment de système nerveux. Ce n'est d'abord qu'un fragment de protoplasma plus ou moins bien configuré. Mais petit à petit, à mesure qu'on s'élève dans la série, un véritable appareil nerveux ne tarde pas à se constituer. Puis, par l'apparition et quelquefois par la disparition d'organes divers, par des modifications de plus en plus nombreuses, par des différenciations de plus en plus complexes, le système nerveux se montre tel qu'il existe chez l'homme et chez les vertébrés supérieurs. « A l'une des extrémités de la série, une goutte de protoplasma microscopique; à l'autre, le cerveau humain et la pensée. »

L'étude comparée du système nerveux dans la série permet d'établir certains types primordiaux fort dissemblables, mais reliés entre eux par des variations plus ou moins tranchées de chacun de ces types. On peut donc établir une gradation progressive, depuis l'appareil nerveux rudimentaire de l'actinie jusqu'à l'axe nerveux cérébro-spinal de l'homme. Mais cette gradation se fait-elle insensiblement d'une espèce à une autre espèce, ou plutôt d'une variété à une autre variété? Peut-on expliquer chaque type par le type précédent modifié, ou bien trouve-t-on certains animaux dont le système nerveux absolument original ne s'explique pas par celui de quelques ancêtres? En d'autres termes : l'évolution du système nerveux échapperait-elle, par instant, aux lois du transformisme? — *L'évolution du système nerveux* est la réponse à cette question.

M. Beaunis, qui est un savant d'un ordre supérieur, n'a pas fait un simple résumé d'anatomie comparée du système nerveux. Il y a bien, dans son livre, un exposé rapide et complet de la

morphologie de l'appareil nerveux dans la série animale, exposé clair et intéressant, surtout pour ceux qui, comme moi, ont malheureusement limité, ou à peu près, leurs études en neurologie à la seule neurologie humaine. Et à ce point de vue, il y a beaucoup à apprendre dans ce petit ouvrage qui, comme je l'ai dit, est par un côté une œuvre de vulgarisation. Mais ce qui est autrement intéressant, c'est la démonstration de l'existence d'une chaîne non interrompue, depuis l'apparition de l'appareil nerveux dans les Rayonnés inférieurs jusqu'à la réalisation du système nerveux si complexe de l'Homme. A la vérité, la démonstration n'est pas absolument mathématique, il y a encore des anneaux de la chaîne qui manquent, le passage d'une forme à une autre se trouve ainsi parfois être brusque et non pas insensiblement progressif. Mais le nombre de ces desiderata, que l'auteur ne cherche pas à dissimuler, et sur lesquels il appuie fortement au contraire, diminue tous les jours avec les progrès de la science, si bien qu'on peut, sans présomption, admettre qu'à un moment donné aucun de ces desiderata ne subsistera plus. Dès à présent, la thèse peut scientifiquement être considérée comme vraie.

Le plan du livre est très simple. Après quelques considérations sur les animaux dépourvus de système nerveux et dont la force nerveuse est diffuse dans tout l'individu, on trouve successivement l'étude des quatre grands types du système nerveux : 1° le type disséminé; 2° le type radié; 3° le type bilatéral ventral et 4° le type médian dorsal.

Les principales modifications de ces quatre grands types, celles surtout qui font comprendre la transition entre deux variétés, sont ensuite clairement décrites. De nombreuses planches fort bien dessinées facilitent fort la lecture des descriptions.

On verra enfin que M. Beaunis est arrivé au but qu'il se proposait et qu'il indique ainsi dans le dernier chapitre : « Quoique nous ne puissions dire encore d'une façon certaine comment s'est fait le passage du type radié au type bilatéral et de ce dernier au type médian, nous reconnaissons cependant cette loi de continuité entrevue depuis longtemps par les naturalistes et démontrée par Darwin. »

Quand on a lu un de ces livres de zoologie philosophique, comme celui que je présente aujourd'hui aux lecteurs, on se sent pris d'admiration pour les magnifiques découvertes scientifiques du siècle et on rend un hommage respectueux à tous ces savants dont les patientes recherches de laboratoire sur les sujets les

plus divers, dont les longues monographies, qu'on est parfois porté à trouver trop minutieuses, permettent à des esprits synthétiseurs et à large envergure de tirer des lois d'une si haute portée philosophique, celle-ci par exemple : L'évolution individuelle est calquée sur l'évolution des êtres de la série animale. Chaque stade intermédiaire de ce développement individuel se retrouve presque intégralement dans un stade de la série animale, et à ce point de vue, on peut dire que l'Homme, qui en occupe le point culminant, est successivement, dans le cours de sa vie embryonnaire, amibe, rhizopode, poisson, amphibie, mammifère.

L. CAMUSSET.

The past and present provision for the insane poor in Yorkshire, with suggestions for the future provision for this class (De l'assistance des aliénés indigents du Yorkshire dans le passé, le présent et l'avenir); par M. D. Hack Tuke.

Il y avait dans le Yorkshire, au 1^{er} janvier 1889, 5,879 aliénés indigents dont 22 p. 100 dans des Workhouses, 5 1/2 p. 100 traités dans leurs familles, et le reste réparti dans les sept asiles d'aliénés que possède ce comté. Ces asiles, dont le premier a été fondé en 1877 et le dernier en 1883, fournissent des statistiques satisfaisantes au point de vue des guérisons et de la mortalité, mais ils seront, dans un délai peu éloigné, dans l'impossibilité de satisfaire à tous les besoins. Après des considérations historiques intéressantes sur la fondation de ces établissements, les progrès qui y ont été accomplis et ceux qui restent à y faire, l'auteur cherche par quels moyens on pourrait éviter l'encombrement qui les menace, et cependant assurer l'assistance de tous ces aliénés.

1° Le système écossais du *Boarding out* (placement des aliénés chez des nourriciers) ne lui paraît pas applicable dans le Yorkshire, bien qu'il l'approuve en principe.

2° Le placement, à titre d'essai, des aliénés chroniques chez leurs parents ou leurs amis, avec indemnité, doit être pris en considération. Il a fourni ailleurs, en Sussex, par exemple, des résultats encourageants.

3° Les Workhouses pourraient être partiellement disposés pour recevoir un grand nombre de déments et d'imbéciles

Avec quelques améliorations intérieures, ils seraient très suffisants pour ces sortes d'aliénés et beaucoup moins coûteux que les asiles.

4° On pourrait fonder quelques petits asiles indépendants pour les cas aigus qui réclament des soins particuliers, et simplifier les grands asiles qui pourraient ainsi recevoir un plus grand nombre de chroniques, bien qu'il y ait peut-être quelque illusion dans cette opinion médicale, que l'admission tardive des aliénés dans les asiles, et le manque de soins individuels dans les grandes agglomérations de ces malades, sont des causes importantes d'incurabilité.

D^r A. CULLERRE.

On paralyzing Vertigo Gerlier's disease (Du vertige paralysant; maladie de Gerlier); par le D^r P. Ladame, de Genève.

Cette singulière affection signalée en 1886 par M. le D^r Gerlier, de Ferney, est caractérisée dans les cas complets : 1° par une résolution musculaire plus ou moins intense, depuis la simple faiblesse jusqu'à la paralysie complète; 2° par une douleur cervicale le plus souvent accompagnée d'une sorte de torticollis; 3° par des troubles de la vision. Elle se présente soit sous forme de courtes attaques entre lesquelles la santé est normale, soit sous forme continue avec exacerbations. La connaissance est toujours conservée. La résolution musculaire affecte de préférence le côté gauche du corps; lorsqu'elle est bilatérale, elle n'est pas symétrique. Elle peut aussi atteindre les muscles de la langue et du pharynx et déterminer du bégaiement et de la dysphagie. Les troubles oculaires sont purement fonctionnels; ils s'accompagnent ordinairement de ptosis.

En peu de temps, le D^r Gerlier a observé dix cas de vertige paralysant et estime à quarante, répartis en sept villages voisins, les individus frappés par cette sorte d'épidémie. D'autres observateurs, et en particulier le D^r Haltenhoff, en ont signalé de semblables.

Quelle est l'étiologie de cette maladie?

Considérant que les bergers et les bouviers sont surtout frappés, le D^r Gerlier croit, sans d'ailleurs en fournir la preuve expérimentale, qu'il s'agit d'une intoxication ou d'une infection par un miasme spécial se développant dans certaines étables à

la faveur de l'encombrement. Le D^r Haltenhoff partage cette opinion.

L'opinion du D^r Ladame est toute différente.

Sans nier totalement l'action de causes adjuvantes telles que l'alcoolisme, les excès d'absinthe, les excès vénériens, l'insolation, le surmenage physique, il croit surtout à l'action de la *contagion psychique*. Il s'agirait pour lui d'une épidémie mentale. Il constate en effet que le mal ne s'est répandu qu'au fur et à mesure que la peur faisait elle-même des progrès dans l'esprit des habitants; qu'un simple changement de résidence suffisait à le faire radicalement disparaître; que certains patients étaient faibles d'esprit ou attribuaient leur mal au mauvais œil, à la sorcellerie. Le fait que les hommes seuls étaient atteints n'est pas contraire à cette manière de voir, car on a constaté que les femmes étaient persuadées qu'elles jouissaient d'une immunité complète vis-à-vis du mal. « En somme, conclut l'auteur, nous rejetons l'hypothèse d'une infection organique pour celle d'un trouble des fonctions corticales dans la diffusion duquel la contagion a joué un rôle prépondérant. »

D^r A. CULLERRE.

A contribution to the pathology of night : nocturnal paralysis
(Contribution à la pathologie de la nuit : paralysie nocturne); par M. Ch. Féré, médecin de Bicêtre.

L'influence de la nuit sur les êtres vivants, rappelle d'abord M. Féré, a attiré l'attention de nombreux observateurs et est mieux connue qu'elle n'est définie. Pendant la nuit, les combustions diminuent, la respiration est plus rare, le pouls se ralentit, la quantité d'acide carbonique exhalée est moindre. Si la lumière active la nutrition des êtres même aveugles, si la lumière colorée a des propriétés excitantes qui vont en diminuant du rouge au violet, l'obscurité, par contre, émousse la sensibilité, retarde les réactions motrices, ralentit la nutrition tout entière.

Bien que son influence soit grande sur les actes physiologiques, elle l'est plus encore sur certaines manifestations pathologiques qu'elle fait naître ou exagère : ainsi pour les douleurs ostéocopes, les névralgies, les attaques de goutte, d'asthme, de choléra, d'épilepsie; le délire, les hallucinations, les terreurs nocturnes, le suicide des aliénés.

C'est dans la sphère des fonctions sensibles et motrices que la nuit engendre les troubles les plus caractéristiques : incontinence d'urine, héméralopie, tremblement et impotence des alcooliques au réveil ; parésies hystériques dans les mêmes conditions.

Divers auteurs, Weir Mitchell, Ormerod, Sinkler, Saundby, etc., ont rapporté sous le nom de *paralysie nocturne*, *hémiplegie nocturne*, des cas de paralysie se montrant au réveil, surtout chez les femmes à l'époque de la ménopause, plus rarement chez des hommes. Elle frappe tout le corps ou un côté seulement et s'accompagne de picotements, d'un engourdissement douloureux de toute la partie malade, ou simplement des mains qui peuvent être gonflées, cyanosées et froides. Habituellement nocturne, cette paralysie peut se montrer dans le jour à la suite de certaines occupations telles que celles de laver, de frotter ou de coudre. Elle dure plus ou moins longtemps après le réveil et cède en général à des frictions opérées sur la région malade.

M. Féré, qui donne deux observations de cette curieuse affection, pense que l'hystérie ou tout au moins la prédisposition névropathique joue un rôle important dans son étiologie. Elle se développe sur le même terrain que les paralysies par épuisement; mais au lieu d'être déterminée par une fatigue excessive, une impression trop violente, une excitation sensorielle ou l'idée représentative de ces diverses conditions, elle est le résultat d'un manque d'excitation physiologique : c'est une paralysie *par inirritation*.

Ce manque d'excitation physiologique se rencontre chez nombre de névropathes, par exemple les dégénérés de Morel. La frigidité de certains d'entre eux n'a pas d'autre cause et l'auteur en a observé un qui toute sa vie a été incapable d'avoir des rapports sexuels ailleurs qu'en plein air ou dans une chambre éclairée à *giorno*.

D^r A. CULLERRE.

I. — *Parandia in two sisters* (Délire systématisé chez deux sœurs); par M. le D^r Frederick Peterson.

II. — *The colonization of epileptics* (De la colonisation des épileptiques); par M. le D^r Frederick Peterson.

I. — Après quelques remarques sur la pathogénie de la folie

à deux et sur les variétés qu'elle présente (folie simultanée, folie imposée, etc.), l'auteur en relate sommairement trois cas et en présente un quatrième sous forme d'observation détaillée. Il s'agit de deux sœurs, d'origine germanique, professeurs de musique, âgées de trente-six et de quarante-deux ans, dont la mère était atteinte de folie chronique de forme religieuse.

Depuis quinze ans, ces deux sœurs manifestement dégénérées, sont atteintes du même délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale et idées d'empoisonnement. Élevées ensemble, ayant toujours vécu ensemble, il semble probable à l'auteur que le délire a dû se développer chez elles d'une façon parallèle, et que le cas appartient plutôt à la *folie simultanée* qu'à la *folie imposée*, bien que la plus jeune des deux sœurs, née pendant la maladie de la mère, semble avoir été prise la première.

II. — Dans l'espoir que l'exemple encouragera les pouvoirs publics ou les âmes charitables de son pays à fonder des institutions analogues pour les épileptiques, qui sont de tous les infirmes les plus abandonnés et pourtant les plus à plaindre, l'auteur donne une description complète de la colonie de Bethel, fondée à Bielefeld (Hanovre), il y a vingt-quatre ans, par le pasteur Von Bodelschwingh pour recueillir les épileptiques.

Les commencements furent des plus modestes, mais les développements successifs qu'a reçus l'établissement en font un asile unique au monde. Il compte actuellement plus de 1,000 malades, et en vingt ans, de 1867 à 1887, il en a recueilli et traité 2,407. Sur ce nombre, 156 ou $6\frac{1}{2}$ p. 100 ont guéri et 450 ont été améliorés. Outre les épileptiques hospitalisés, l'établissement soigne ceux du dehors et leur délivre gratuitement les médicaments nécessaires. Il consomme mensuellement 800 livres de bromure de potassium et a assisté jusqu'ici environ 48,000 épileptiques de toute provenance.

La colonie de Bielefeld comprend 55 habitations, 150 familles, et 2,000 habitants, malades, nourriciers, surveillants, professeurs et chefs d'ateliers compris.

Les maisons sont disséminées sur une étendue de 320 acres dans un magnifique pays de bois et de prairies.

D^r A. CULLERRE.

La femme pendant la période menstruelle. Étude de psychologie morbide et de médecine légale; par le D^r S. Icard. 1 vol. in-8°. Paris, 1890. Félix Alcan, édit.

L'influence de la menstruation sur l'état moral de la femme a de tout temps préoccupé le médecin et même le moraliste. Est-ce à dire que tout a été dit sur cette délicate question? Nous ne le croyons pas. Sur ce sujet, comme sur bien d'autres relatifs aux rapports du physique et du moral, on s'est trop contenté de généralités, souvent un peu vagues, au lieu d'observer les faits; on a fait de la littérature, au lieu de faire de la science. Le livre de M. Icard, tout intéressant qu'il soit, n'échappe pas complètement à ce reproche, que lui a d'ailleurs adressé avec raison M. Dupain dans un rapport sur le prix Moreau (de Tours), lu à la séance du mois d'avril dernier, de la Société médico-psychologique. (V. *Annales méd.-psych.*, numéro de juillet, p. 109.)

Faut-il en conclure que l'œuvre de M. Icard ne mérite pas l'attention du monde médical, et qu'il faille le ranger dans la catégorie de ces livres écrits en vue du grand public et qui ont pour but de vulgariser les données acquises par la science? Nous ne le pensons pas. Travail d'érudition, il sera d'une grande utilité à ceux qui reprendront la question sur une base nouvelle, celle de l'observation directe. Ils y verront, par la multitude des documents qui existent sur le sujet à traiter, combien est difficile le problème à résoudre et combien aussi il importe de bien peser les faits avant de généraliser.

Quelles que soient les critiques qu'on puisse lui adresser, on doit féliciter l'auteur de cette thèse — car ce livre de près de 300 pages est une thèse de doctorat — de n'avoir pas reculé devant la difficulté de la tâche qu'il a assumée, et de l'avoir accomplie consciencieusement, avec une érudition peu commune et un véritable talent d'écrivain.

A. R.

De la chorée chronique; par le D^r E. Huet, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-8°. Paris, 1889. Aux bureaux du *Progrès médical*.

Ce volume est une thèse inaugurale, écrite sous l'inspiration de M. le professeur Charcot; c'est une véritable monographie

sur la chorée chronique, appelée encore, chorée de Huntington. Il nous semble superflu d'en rendre compte ici après l'excellente analyse qu'en a faite M. Dupain, dans son rapport sur le prix Moreau (de Tours), lu à la séance solennelle de la Société médico-psychologique, du mois d'avril dernier (V. *Annales méd.-psych.*, numéro de juillet, p. 112). Nous nous contenterons de recommander à nos lecteurs cette œuvre d'une réelle importance au point de vue neuropathologique, et de féliciter son auteur, et pour la récompense que lui a décernée la Faculté de médecine, et pour celle qu'il a obtenue de la Société médico-psychologique.

A. R.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Perizia intorno ad un pazzo omicidia. La freniatria nel diritto civile, penale ed amministrativo. Argomento raccomandato alla discrezione degli onorevoli Ministri di grazia e giustizia, dell'interno e della pubblica istruzione. (Expertise au sujet d'un aliéné homicide. La folie dans le droit civil, pénal et administratif. Discussion recommandée à l'attention des honorables ministres de grâce et justice, de l'intérieur et de l'instruction publique); par le Prof. B. Sadun. Broch. in-8° de 32 pages. Extrait du *Giornale Intern. delle scienze mediche*. Naples, 1889.

— Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'Hospice général de Nantes, pendant l'année 1888; par le D^r Biaute, médecin en chef. Broch. in-8° de 51 pages. Nantes, 1889.

— Sulle allucinazioni motorie (Sur les hallucinations motrices); par le Prof. A. Tamburini. Broch. in-8° de 24 pages. Extrait de la *Revista sperimentale di freniatria*. Reggio-Emilia, 1889.

— La fin d'une légende. Vie de Jeanne d'Arc (de 1409 à 1440); par Ernest Lesigne. 1 vol. in-12 de 152 pages. Paris.

— Éloge de A. Dechambre, lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique du 15 avril 1889; par le D^r Aut. Ritti, secrétaire général de la Société. Broch. in-8° de 43 pages. Paris, 1890. O. Doin, édit.

— Traité élémentaire de pathologie générale comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique; par le D^r H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de Paris. 3^e édit., revue et augmentée. 1 vol. in-8° de 840 pages. Paris, 1890. J.-B. Baillière et fils, édit.

— Essai sur les indications séméiologiques qu'on peut tirer de la forme des écrits des épileptiques; par le D^r Amédée Mathieu, ex-interne de l'asile de Bron. 1 vol. in-8° (76 pages avec 11 pl. hors texte) de la *Bibliothèque d'anthropologie criminelle et des sciences pénales*. Lyon, 1890. A. Storck, édit.

— La femme pendant la période menstruelle. Etude de psychologie morbide et de médecine légale; par le D^r S. Icard. 1 vol. in-8° de 283 pages. Paris, 1890. Félix Alcan, édit.

— Ou paralyzing vertigo. Gerliers disease (Le vertige paralytique. Maladie de Gerlier); par le D^r Ladame (de Genève). Broch. in-8° de 33 pages. S. l. n. d.

— The colonization of epileptics (De la colonisation des épileptiques); par le D^r Fr. Peterson. Broch. in-8° de 11 pages. Extrait du *Journal of nervous and mental disease*, décembre 1889.

— Paranoia in two sisters (Paranoia chez deux sœurs); par le D^r Fr. Peterson. Broch. in-8° de 12 pages. Extrait de *The alienist and neurologist*. Janvier 1890.

— Du délire de persécution ou maladie de Lasègue; par le D^r Ball, professeur à la Faculté de Paris. 1 vol. in-8° de 108 pages. Paris, 1890. Asselin et Houzeau, édit.

— Nella causa contro il soldato G... A... imputato di disobbedienza, insubordinazione et distruzione di effetti militari. Relazione medico-legale. (Relation médico-légale sur le cas du militaire G... A... accusé de désobéissance, d'insubordination et de destruction d'effets militaires); par les D^{rs} Bonfigli et Tambroni, du manicomio de Ferrare. Broch. in-8° de 26 pages. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1890.

— De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque. Etude de pathologie nerveuse et mentale; par le D^r Marius Féyat, ancien interne de l'asile de Bron. Broch. in-8° de 90 pages. Paris, 1890. J.-B. Baillièrre, édit.

— Etude anthropométrique sur les prostituées et les volcuses; par le D^r Pauline Tarnowski. 1 vol. in-8° de 226 pages avec 8 tableaux anthropométriques et 20 dessins. Paris, 1889. Publications du *Progrès médical*.

— Les médecins normands du XII^e et du XIX^e siècle. Seine-Inférieure. Biographie et bibliographie; par le D^r Jules Roger. 1 vol. in-8° de 372 pages avec 5 portraits et le sigillum du Collège des médecins de Rouen. Paris, 1890. G. Steinheil, édit.

— De quelques erreurs sur la folie, nées des doctrines psychologiques; par le D^r Victor Parant. Broch. in-8° de 23 pages. Extrait des *Mémoires de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse*, année 1889.

— Dell' uralio et del suo valore terapeutico nelle malattie

mentali. (De l'uralium et de sa valeur thérapeutique dans les maladies mentales); par les D^{rs} Ruggero Tambroni et Umberto Stefani, du manicomio provincial de Ferrare. Broch. in-8° de 79 pages. Extrait de *La Psichiatria*, 1889, fasc. 3 et 4.

— Détermination de la responsabilité chez un individu faible d'esprit, né d'une mère épileptique; par le D^r Victor Parant. Broch. in-8° de 16 pages. Extrait de l'*Echo médical* de Toulouse, 1890.

— Sur un cas de descente de l'utérus pendant la grossesse chez une aliénée. Emploi continu d'un pessaire; par le D^r Victor Parant. Broch. in-8° de 7 pages. Extrait de la *Revue médicale* de Toulouse, numéro du 1^{er} avril 1889.

— Trasmissione del pensiero chiaroveggenza auto-suggestione. (Transmission de la pensée par auto-suggestion); par le D^r Oscar Giacchi. Broch. in-8° de 8 pages. Extrait de l'*Observatoire*, Turin, 1890.

— Verslag omtrent den toestand van het Geneeskundig gesticht voor krankzinnigen te Dordrecht, over het jaar 1889 (Rapport médical sur l'asile d'aliénés de Dordrecht, pour l'année 1889); par le D^r Cowan. Broch. in-8° de 114 pages. Dordrecht, 1890.

— Psicopatologia. Intorno a tre casi di alienazione mentale consecutiva all' influenza (Psychopathologie. A propos de trois cas d'aliénation mentale consécutive à l'influenza); par le D^r Luigi Frigerio. Broch. in-8° de 4 pages. Extrait du *Rendiconti* de l'Istituto Lombard, Milan, 1890.

— Congrès international de psychologie physiologique. Compte rendu de la première session (Paris, 1889). 1 vol. in-8° de 160 pages. Paris, 1890, Bureau des Revues.

— Rapport sur les visites des Congrès scientifiques dans les asiles publics d'aliénés de la Seine; par Lucien Puteaux, secrétaire de la Commission de surveillance. 1 vol. in-8° de 104 pages avec planches. Paris, 1890. Imprimeries réunies.

— Essai critique sur l'intoxication chronique par la morphine et sur ses diverses formes; par le D^r Régnier. 1 vol. in-8° de 169 pages. Paris, 1890. Aux bureaux du *Progrès médical*.

— Contribution à l'étude de la syringomyélie; par le D^r J. Bruhl. 1 vol. in-8° de 221 pages avec 12 figures et 1 planche hors texte. Paris, 1890. Publications du *Progrès médical*.

— Hygiène et traitement des maladies mentales et nerveuses; par le professeur Kovalevsky, de Kharkoff (Russie). Traduit du russe par le D^r Wladimir de Holstein. 1 vol. in-8° de 273 pages. Paris, 1890. Félix Alcan, édit.

— Dislocation of cervical vertebrae without fatal results (Luxation des vertèbres cervicales sans suite funeste); par le D^r G. L. Walton. Broch. in-18° de 11 pages avec 4 figures.

Extrait de *The Boston medical and surgical Journal*, numéro 8 mai 1890.

— Les habitués des prisons de Paris. Etude d'anthropologie et de psychologie criminelles; par le D^r Emile Laurent. Préface du professeur A. Lacassagne. 1 vol. in-8° (616 pages avec figures et portraits) de la *Bibliothèque de criminologie*. Paris, 1890. G. Masson, édit.

— Le crime en pays créoles. Esquisse d'ethnographie criminelle; par le D^r A. Corre. 1 vol. in-18° (314 pages), cart. à l'anglaise, de la *Bibliothèque scientifique de l'avocat et du magistrat*. Paris, s. d. G. Steinheil, édit.

— La folie à Paris. Etude statistique, clinique et médico-légale; par le D^r Paul Garnier. Préface de J.-C. Barbier, premier président honoraire de la Cour de cassation. 1 vol. in-16° (424 pages) de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*. Paris, 1890, J.-B. Baillière et fils, édit.

— Quelques considérations sur les idées de grandeur chez les persécutés génitiaux; par le D^r Paul Noguès, ex-interne de l'asile d'aliénés d'Aix. Thèse de Montpellier, 1890. Broch. in-8° de 44 pages.

— Les Rêves. Physiologie et pathologie; par le D^r Ph. Tissié. Préface du professeur Azam. 1 vol. in-18° (214 pages), de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, 1890. F. Alcan, édit.

— Grippe et aliénation mentale. Leçons du lundi de la clinique des maladies mentales et nerveuses de Montpellier; par le professeur Mairat. Broch. in-8° de 35 pages. Paris, 1890. G. Masson, édit.

— The insane in the province of Quebec. Report to the honorable provincial Secretary (Les aliénés dans la province de Québec. Rapport à l'honorable secrétaire provincial); par le D^r A. Vallée, médical superintendant de l'asile d'aliénés de Québec. Broch. in-8° de 72 pages. Québec, Belleau et C^{ie}, 1890.

— Du restraints et du non-restraints en Angleterre; par le D^r René Semelaigne, chef de clinique adjoint des maladies mentales. Broch. in-8° de 38 pages. Paris, 1890. Aux bureaux du *Progrès médical*.

— Le mal de mer; par le D^r Bonnet. Broch. in-8° de 14 pages. Extrait du journal *La Brise*, de Saint-Malo, 1890.

— The insanity of doubt. (De la folie du doute); par le D^r Ph. Coombs Knapp. Broch. in-8° de 23 pages. Extrait de *The american journal of Psychology*. Janvier 1890.

— Recherches cliniques et expérimentales sur les accidents survenant par l'emploi des scaphandres; par le D^r Michel Catsaras, professeur agrégé de la Faculté d'Athènes. 1 vol.

in-8° de 328 pages. Paris, 1890. Aux bureaux du *Progrès médical*.

— La giustizia sulla bona via e il giudizio su Emilio Caporali, l'aggressore del Presidente dei Ministri on. Crispi (La justice dans la bonne voie et le jugement sur Emile Caporali, l'agresseur de M. le Président des ministres Crispi); par le D^r A. Zuccarelli. Broch. in-8° de 8 pages. Extrait de *L'Anomalo*, août 1890.

— Du sulfonal. Revue générale et observations cliniques; par le D^r Alfred Clerval, ancien interne de la maison de Charenton. Broch. in-8° de 142 pages. Thèse de Paris, 1890.

— Lectures on some points in the Treatment and Management of Nevroses (Leçons sur quelques points du traitement et de la direction des névroses); par le D^r E.-C. Seguin. Broch. in-18 de 100 pages. Extrait de *The New York medical Journal*, numéros d'avril et mai 1890.

— L'anthropologie criminelle; par le D^r Xavier Fraucotte, professeur à l'Université de Liège. Broch. in-8° de 83 pages. Extrait de la *Revue des questions scientifiques*. Bruxelles, 1890.

— Seventh Report of the State Committee on Lunacy of the Commonwealth of Pennsylvania (Septième rapport de la commission des aliénés de l'Etat de Pensylvanie). 1 vol. in-8° de 202 pages. Harrisburg, 1890.

— Sul polso di un demente paralitico affetto da vizio composto dell'aorta (Le pouls d'un dément paralytique affecté d'un vice de conformation de l'aorte); par le D^r Umberto Stefani, médecin-assistant du manicomio provincial de Ferrare. Broch. in-8° de 29 pages. Extrait de *l'Archivio italiano per le malattie nervose*. 1890.

— Nota clinica sulle psicosi consecutive all'influenza (Note clinique sur les psychoses consécutives à l'influenza); par le D^r Andrea Cristiani, directeur adjoint du manicomio de Lucca. Broch. in-8° de 11 pages. Extrait de la *Riforma medica*, juillet 1890.

— Influenza del vajuolo et della risipola sulla pazzia. Osservazioni (Influence de la variole et de l'érysipèle sur la folie. Observations); par le D^r Guiseppe Peli, vico-directeur du manicomio de Bologno. Broch. in-8° de 39 pages. Extrait du *Bollettino delle scienze mediche*. 1890.

— Les démences précoces. Communication lue au Congrès des aliénés français, à Rouen, par le D^r Charpentier, médecin de Bicêtre. Broch. in-8° de 16 pages. Paris, 1890. Imprimerie F. Levé.

— Asile d'aliénées de Saint-Yon. Rapport médical pour l'année 1889; par les D^{rs} A. Giraud et Nicoulau. Broch. in-8° de 25 pages. Rouen, 1890.

— Ueber Astasie-Abasie ; par le D^r Möbius. Broch. in-8° de 6 pages, s. l. n. d.

— Note sur la physiologie de l'attention ; par Ch. Féré. Broch. in-8° de 6 pages. Extrait des *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, juillet 1890.

— Asile d'aliénés de Dijon. Rapport médico-administratif pour l'année 1889 ; par le D^r Garnier. Broch. in-8° de 96 pages. Dijon, 1890.

— Les intoxications et la paralysie générale ; par le D^r Charpentier. Broch. in-8° de 16 pages. Paris, 1890.

— Asile d'aliénés des Quatre-Mares. Rapport médical pour l'année 1889 ; par les D^{rs} Delaporte et Dubuisson. Broch. in-8° de 24 pages. Rouen, 1890.

— Leçons sur la grippe de l'hiver 1889-1890 ; par le professeur J. Grasset. Recueillies et publiées par le D^r Rauzier, chef de clinique. 1 vol. in-8° de 98 pages. Paris, G. Masson, 1890.

— Leçons sur deux cas d'hystérie provoquée par une maladie aiguë (Fièvre typhoïde et grippe) ; par le professeur Grasset. Recueillies et publiées par le D^r G. Rauzier, chef de clinique. 1 vol. in-8° de 54 pages. Paris, G. Masson, 1890.

— Asile d'aliénés d'Evreux. Rapport médico-administratif pour l'exercice 1889 ; par le D^r D. Brunet. Broch. in-8° de 50 pages. Evreux, 1890.

— Aus der Parizer Congresszeit. Erinnerungen und Betrachtungen (La période des Congrès de Paris. Souvenirs et réflexions) ; par le professeur Moriz Benedikt. Broch. in-8° de 33 pages. Extrait de l'*Internationalen Klinischen Rundschau*, Vienne, 1889.

— Quelques mots sur la trépanation préhistorique ; par le D^r P. Hospital. Broch. in-8° de 6 pages. Extrait du *Bulletin mensuel de l'Académie de Clermont-Ferrand*, septembre 1890.

— Asile de Maréville. Rapport administratif, par M. Mirepoix, directeur. Broch. in-8 de 35 pages. Nancy, 1890.

— Homonymous hémiopie hallucinations (Hallucinations hémipiques homonymes), par le D^r Frédérik Peterson. 3 pages in-12. Extrait du *New York Medical Journal*, août 1890.

— Étude physiologique de quelques troubles d'articulation ; par le D^r Ch. Féré. Broch. in-8° de 9 pages. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1890.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêté du 9 septembre 1890* : M. le D^r J. DAGONET, médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne, à Paris, est promu à la 1^{re} classe de son grade (3,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} juillet 1890.

— *Arrêté du 2 octobre 1890* : M. le D^r BRUN, médecin adjoint de l'asile de Bron (Rhône), est nommé médecin en chef du même établissement, en remplacement de M. le D^r Max Simon, admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite, et est placé dans la 3^e classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du 15 octobre 1890* : M. le D^r MAUNIER, médecin en chef de l'asile de Mont-de-Vergues (Vaucluse), permute avec M. le D^r ADAM, médecin en chef de l'asile de Pierrefeu (Var). MM. Maunier et Adam sont maintenus à la 3^e classe (5,000 fr.) de leur grade.

— *Faculté de médecine de Paris* : Sont maintenus pour un an, à partir du 1^{er} novembre 1890, dans les fonctions de chef de clinique : MM. ROVILLARD (clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale) et GUINON (clinique des maladies du système nerveux).

LE MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (suite).

Peu de jours après l'accident personnel que j'ai relaté dans le dernier numéro des *Annales* (p. 334), notre collègue, M. Mordret, médecin en chef de l'asile du Mans, a été, à son tour, victime d'une grave agression qui pouvait avoir les plus funestes conséquences. Un malade, armé d'une sorte de tranchet dérobé à l'atelier de cordonnerie où il travaillait, lui en porta à la visite deux coups, l'un dans le dos, l'autre à la cuisse ; 2 à 3 centimètres du fer pénétrèrent dans la masse sacro-lombaire et dans le vaste externe gauche. Ces blessures ne présentaient heureusement pas de gravité, et après un pansement provisoire, M. Mordret a tenu à continuer sa visite.

Le malade qui a commis ce méfait est un lypémaniaque fort calme d'habitude, non halluciné, un peu sournois, qui n'avait jamais fait parler de lui, mais qui, depuis huit à dix jours, était obsédé par la pensée de commettre quelque action d'éclat qui pût le faire passer en cour d'assises, seul moyen, croyait-il, pour obtenir sa sortie de l'asile. L'acte a donc été très prémé-

dité; mais les coups n'étaient pas dirigés contre M. Mordret personnellement, d'après les affirmations du malade. Néanmoins tout en regrettant de l'avoir frappé, quoiqu'il eût toujours été bon pour lui, il ajoute qu'il valait mieux qu'il en fût ainsi, parce que M. Mordret était plus en vue qu'un autre.

Comme il arrive souvent dans ces cas, l'obsession satisfaite, le malade a rendu son arme sans résistance; il est même resté deux jours sans boire ni manger par chagrin d'avoir frappé le chef de service; il disait même qu'il ne lui restait plus qu'à mourir.

Il semble inutile d'ajouter à ce nouveau fait aucun commentaire. Mais il me reste un devoir à remplir, et je le remplis avec la plus vive satisfaction; c'est de féliciter, au nom de la direction des *Annales*, notre savant collaborateur et excellent collègue M. Mordret, du grave danger auquel il vient d'échapper.

ANT. RITTI.

LES RÉVOLTES D'ALIÉNÉS.

A propos de l'intéressante communication à la Société médico-psychologique, faite par M. Marandon de Montyel, sur une récente révolte d'aliénés, à Ville-Evrard, et sur l'excessive rareté de ces sortes d'événements, ainsi que le fait remarquer le savant sociétaire, permettez-moi de vous communiquer, telle que je la trouve dans mes « observations » une note y relative, intitulée : « *Insurrections dans les asiles* »; la voici :

« Malgré l'isolement intellectuel dans lequel vit l'aliéné, même réuni à ses semblables, en dépit du manque de cohésion dans ces sortes d'assemblées, on a vu parfois des levains de révolte éclore et se propager parmi les membres qui les composent; c'est : ou une nouvelle de l'extérieur qui a transsudé et échauffé quelques esprits; ou le fait de quelque aliéné, meneur, pseudo-Spartacus, appelant ses frères à la liberté, avec l'intention, aussi cachée que formelle, de ne se la procurer que pour lui. En voici deux exemples :

En 1841, des troubles sanglants agitèrent la France, à propos du recensement. Les populations rurales se réunirent en une espèce de Jacquerie et marchèrent, sur les villes. A Clermont, l'affaire fut très chaude; il y eut incendie, barricades, fusillades, dont les résultats furent d'abord plusieurs morts dans chaque camp, et même parmi les plus paisibles passants, puis, un impôt d'indemnité, que nous avons payé pendant plus de vingt ans. La nouvelle de l'émeute, le bruit de la foule, et la crépitation des armes à feu, échauffèrent un certain nombre de nos aliénés, au point qu'ils se barricadèrent, demandant impérieusement leur sortie, et que les moyens de conciliation ayant été, en vain, épuisés, il fallut aller chercher un peloton d'infan-

terie, dont la vue suffit pour faire rentrer les mutins dans l'ordre.

A l'asile de la Cellette, dans la Corrèze, il y a treize ans, un meneur chauffa (on dirait aujourd'hui, suggestionna) huit de ses co-détenus, au point de les faire se révolter; ils se barricadèrent dans un pavillon, et y soutinrent un petit siège; à la fin, vaincus, ils se rendirent, *bagues-sauves*, comme on disait du temps des Mémoires du chevalier de l'Estolle, mais durent essuyer, sinon le feu, du moins l'eau des assiégeants, sous forme de douches abondantes. Celui qui avait fomenté cette tentative d'émancipation était un prolétaire de soixante-quinze ans, atteint de délire religieux et d'un caractère extrêmement ombrageux. »

Enfin, au mois de mai dernier, une émeute a eu lieu à Bicêtre, dans laquelle, plusieurs gardiens furent maltraités, et on dut faire venir la troupe, pour se rendre maître des séditieux.

Il peut se former quelquefois une petite conjuration, à l'effet de se débarrasser d'un surveillant devenu antipathique; mais, aussi, l'affaire se manifeste, parfois, par explosion, sans entente préalable. En 1880, à l'asile de Nice, un soir, dans un dortoir, un gardien un peu *éméché*, et peu aimé, ayant voulu sévir contre un malade, vit, tout à coup, sa tête prise pour cible par la plupart des autres malades, qui lui lancèrent, avec ensemble, ce qu'ils trouvèrent sous la main, ou plutôt, sous le lit, et qu'on devine aisément, de telle sorte que ladite tête fut doublement atteinte. Pareille mésaventure était arrivée à l'illustre Pinel, qui voulut, malgré les avis, pénétrer le premier, dans la cellule d'un furieux. Pinel, jeté à terre, se releva, et courut à l'aliéné, qu'il amadoua.

Y a-t-il possibilité de prévoir et de prévenir ces émeutes? Oui, dans une certaine mesure; si bien caché que puisse être une conspiration, il en traussude souvent quelque chose; en faisant sa visite, l'aliéniste pourra saisir, soit quelque habitus insolite dans l'ensemble de ses malades, soit quelques indiscretions qui seront de nature à le faire réfléchir.

Le roman n'a eu garde de négliger ce genre, plein de péripéties, et je crois qu'une « nouvelle » d'Egard Poë roule sur un épisode analogue.

D^r HOSPITAL.

FRÉQUENCE DE L'IVRESSE PAR L'ÉTHÉR EN IRLANDE

Le Journal des Débats (numéro du 19 octobre 1890) publie une lettre d'Angleterre, en date du 17 octobre, qui contient des renseignements intéressants sur la fréquence en Irlande de l'ivresse par l'éther :

« Lundi dernier, à la réunion de la Société pour l'étude de l'ébriété (singulier titre), M. Hart a fait une communication intéressante sur une nouvelle manière de s'enivrer devenue récemment fort à la mode en Irlande, plus particulièrement dans les comtés de Derry et de Tyrone, où hommes et femmes se sont mis à boire de l'éther. L'avantage de cette boisson, pour les ivrognes des deux sexes, est qu'elle est excessivement bon marché et qu'elle produit une intoxication très rapide. La dose coûte un penny, et trois ou quatre de ces doses suffisent à procurer au buveur une douce ivresse; mais on a vu des gens avaler jusqu'à cinq onces et même jusqu'à une pinte de cette drogue.

Les effets de l'ivresse par l'éther disparaissent presque aussi rapidement qu'ils se manifestent; de sorte qu'un buveur d'éther se grise cinq ou six fois par jour. Dans certaines localités, dit M. Hart, l'air est imprégné de l'odeur de l'éther et, les jours de foire, les compartiments de chemins de fer en sont saturés. Les catholiques s'adonnent plus volontiers à la passion de l'éther que les protestants, malgré les efforts du clergé irlandais qui a en vain essayé de combattre ce nouveau vice.

Au point de vue médical, l'éther ne paraît pas produire sur les tissus une action aussi nuisible que l'alcool, mais il cause des gastrites chroniques et de l'indisposition accompagnée de prostration nerveuse; en outre, on a constaté chez les éthérisés la perte de la mémoire et un état d'esprit voisin de l'hystérie.

On jugera de la quantité d'éther absorbée en Irlande par ce simple fait que, dans le seul district de Cookstown, le chemin de fer en apporte deux tonnes par an et que l'on y introduit maintenant une quantité plus considérable encore de cette drogue.

M. Hart estime que le seul moyen de mettre fin à cette pernicieuse coutume est de faire intervenir la loi et de prohiber la vente de l'éther, sauf sur une ordonnance du médecin. »

FAITS DIVERS.

La question des asiles d'ivrognes en Autriche. — On lit dans le *Journal des Débats* (numéro du mercredi 15 octobre 1890) : « La commission permanente de la Diète de la basse Autriche a examiné une proposition tendant à établir des asiles d'ivrognes dans un but curatif. Le conseil d'hygiène d'Autriche s'est prononcé contre la proposition dont il s'agit. Dans le rapport qu'il vient de publier à ce sujet, on lit ce qui suit :

« Nous ne pouvons recommander l'établissement d'asiles d'ivrognes et le vote d'une loi qui autorise la détention de ces derniers dans lesdits établissements, car il est très contestable

que l'alcoolisme soit susceptible de guérison. En tout cas, la probabilité en faveur de la guérison complète d'ivrognes invétérés soumis à l'obligation d'un traitement est si faible qu'elle ne justifie ni une législation spéciale ni une dépense importante. »

Les aliénés en liberté. — Un douanier du nom de Qühlke vient de tuer, à Metzeral (Alsace-Lorraine), sa femme et ses deux enfants à coups de hache. Il a frappé avec une force telle, que la hache est restée enfoncée dans le crâne de la dernière victime ; c'est dans cet état qu'on a découvert le cadavre. Qühlke paraît avoir agi dans un accès de désespoir ou plutôt d'aliénation mentale causé par le fait qu'il venait d'être renvoyé du service. Il avait déjà eu antérieurement un accès de maladie mentale. (*Le Temps*, numéro du 17 octobre 1890.)

Espagne. — Le prêtre Galeote, qui assassina l'évêque de Madrid en 1888 et qui se trouve actuellement dans une maison de santé, a adressé une pétition au ministre de la justice demandant l'exécution de l'arrêt qui l'a condamné à mort.

Suisse. — On lit dans *Le Temps* (numéro du 19 octobre 1890) : « Un fait curieux s'est produit à la cour d'assises de Lausanne. On jugeait un nommé Blanc qui, dans un accès d'hallucination, avait tué ses trois jeunes enfants. Cinq médecins aliénistes avaient conclu à la complète irresponsabilité de l'accusé ; le procureur général avait abandonné l'accusation.

Le jury a cependant rendu un verdict affirmatif sur toutes les questions.

Le procureur général s'est alors levé et a dit, s'adressant à la cour :

— C'est la première fois depuis que je fonctionne, que je me vois dans l'obligation de déposer des conclusions tendant à une condamnation perpétuelle ; je dois m'incliner devant le verdict du jury. Il me sera toutefois permis de dire que nous devons nous féliciter de ce que la peine de mort ait été abolie chez nous, car autrement nous nous verrions forcés de condamner à l'échafaud un homme que cinq médecins ont reconnu irresponsable. »

La cour a prononcé la peine de la détention perpétuelle. »

L'alcoolisme à New-York. — Chaque année on arrête, à New-York, 30,000 individus atteints d'intoxication alcoolique. Sur ce nombre, un dixième, 3,000 environ, sont mis en traitement à Bellevue Hospital. Les trois quarts sont des hommes : artisans, mécaniciens et journaliers. La moitié sont d'origine

irlandaise, et très peu de religion israélite. Enfin, un septième doivent finalement être internés dans un asile d'aliénés. Beaucoup succombent à la pneumonie.

Le suicide chez les enfants en Prusse. — En Prusse, de 1883 à 1888, on a compté 289 cas de suicide parmi les enfants fréquentant les écoles, dont 240 garçons et 49 filles : en 1883, 58 suicides ; en 1884, 41 ; en 1885, 40 ; en 1886, 44 ; en 1887, 54 ; en 1888, 56.

Dans 80 cas, le mobile a été la crainte des punitions ; dans 19 cas, *le déboire d'une ambition déçue* ; dans 16 cas, la peur d'un examen ; dans 28 cas, la folie ; 5 cas ont été attribués à l'amour. Dans 93 cas, le motif de la fatale détermination est resté inconnu.

(*Revue scientifique*, numéro du 25 octobre 1890.)

CONGRÈS ANNUEL DE MÉDECINE MENTALE

Session de Lyon.

On sait que le Congrès de Rouen a décidé que la prochaine session du Congrès annuel de médecine mentale se tiendrait à Lyon, en 1891, et que tous les aliénistes de langue française y seraient convoqués. Les médecins aliénistes de Lyon viennent de se réunir en une commission ayant pour but l'organisation de ce Congrès. Ils ont chargé cinq d'entre eux, MM. les docteurs Max-Simon, Albert Carrier, Henry Coutagne, Brun et Chaumier, de centraliser dès à présent la correspondance et les documents relatifs à cette deuxième réunion annuelle des aliénistes français.

Le Directeur-Gérant : ANR. RITTL.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XI^e DE LA SEPTIÈME SÉRIE.

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

| | Pages. |
|--|--------|
| Premier Congrès annuel des médecins aliénistes. — De quelques erreurs sur la folie, nées des doctrines psychologiques. — De l'échomatisme. — Abasie-astisie. — Dégénérescence hyaloïde dans la paralysie générale progressive et formation de vaeuoles dans les cellules nerveuses. — <i>L'assistance publique dans le département de Sambre-et-Loire</i> , par M. Henri Napias, avec une lettre de M. Henri Monod; — par le D ^r Ant. Ritti | 5 |
| Le premier Congrès annuel de médecine mentale en France, Congrès de Rouen; — par M. le D ^r A. Giraud | 177 |

II. — Pathologie.

| | |
|--|------------|
| Des psychoses après l'influenza; par le b ^r Ladame | 20 |
| Contribution à l'étude des rapports du délire avec les hallucinations; par le D ^r Ph. Chaslin | 45 |
| Étude clinique sur le délire de persécution; par le D ^r Dagonet | 190 et 337 |
| Suicides étranges; par le D ^r Paul Moreau (de Tours) | 209 et 387 |
| La folie du doute et le délire du toucher; par le D ^r Ladame. | 368 |

III. — Archives cliniques.

| | |
|--|----|
| Délire et chorée; par les D ^{rs} Aug.-Voisin et Marie | 71 |
|--|----|

IV. — Thérapeutique.

| | |
|--|----|
| Du chanvre indien; par A. Laitier. | 78 |
|--|----|

V. — Médecine légale.

| | |
|--|-----|
| La responsabilité légale des aliénés; par Louis Proal | 84 |
| Hystériques infanticides; par le D ^r P. Hospital. | 222 |

VI. — Établissements d'aliénés.

| | |
|--|-----|
| Du personnel médico-administratif des asiles et de son recrutement; par le D ^r Marandon de Montyel. | 403 |
|--|-----|

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

| | Pages. |
|---|--------|
| <i>Séance solennelle du 28 avril 1890.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Arnaud, Souza-Leite, J. Falret. — Rapport sur le prix Moreau (de Tours) : M. Dupain. — Rapport sur le prix Esquirol : M. Séglas. — Rapport sur le prix Belhomme : M. Legrain. — Rapport sur le prix Aubanel : M. Christian. | 108 |
| <i>Séance du 19 mai 1890.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Sérieux, Régis, Châtelain, Lemos, Ritti. — Rapport sur le prix Aubanel : M. Christian. — Rapport sur le prix Belhomme : M. Vallon. — Débilité mentale. Délire communiqué. Une famille d'aliénés : M. H. Col lin. — De l'hospitalisation des épileptiques : MM. Aug. Voisin, Delasiauve | 134 |
| <i>Séance du 20 juin 1890.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Camuset, Dumas, Châtelain, Giraud, Paul Garnier, Popoff. — Les intoxications et la paralysie générale : MM. Charpentier, Vallon, P. Garnier, Falret, Ritti, Briand. — Une révolte d'aliénés : MM. Marandon de Montyel, Vallon, Rouillard, Legrain, P. Garnier, Briand, Falret. | 227 |
| <i>Séance du 28 juillet 1890.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : M. Millat. — Rapport de M. Ritti sur la candidature de M. Châtelain : élection. — Rapport de M. Rouillard sur la candidature de M. Dumas : élection. — Contribution à l'histoire anatomique et pathologique des fibres nerveuses à myéline intracorticales du cerveau. Présentation de pièces microscopiques : MM. Kéraval et Targoula. — De la mélancolie et de ses diverses variétés (suite) : M. Saury. — De la résistance électrique dans la mélancolie. Maladie de Basedow et mélancolie : MM. Séglas, Charpentier. | 264 |

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1890).

| | |
|---|-----|
| Autographisme et stigmates. | 424 |
| Sur la psychose nicotinique. | 444 |
| Indications formelles de la suggestion hypnotique en psychiatrie et en neuropathologie. | 448 |

JOURNAUX ANGLAIS (1887).

(Anal. par le Dr POSS.)

| | |
|--|-----|
| Anatomie pathologique de la folie. | 289 |
| Observations éphémographiques chez les aliénés | 291 |
| Alternance de névroses | 292 |
| A quels signes reconnaître que certains aliénés peuvent quitter l'asile ? | 293 |
| Plans d'asiles d'aliénés. | 295 |
| Folie syphilitique succédant à l'alcoolisme et marquée par des symptômes paralytiques. | 296 |

| | Pages. |
|---|--------|
| Tabes ataxo-spasmodique nerveux dans un cas de démence primitive. | 297 |
| Fièvre typhoïde chez les aliénés | 298 |
| Loi sur les idiots. | 299 |
| Problèmes américains touchant la psychiatrie. | 433 |
| Cocaine dans le traitement des troubles mentaux. | 433 |
| Les aliénés en Angleterre. | 436 |
| Le travail extérieur comme agent curateur de la folie. | 437 |
| Législation irlandaise sur les aliénés. | 438 |
| Galvanisme dans le traitement de certaines formes d'aliénation mentale. | 458 |
| Imbécillité avec mouvements choréiques. | 459 |
| Traitement de la catalepsie par les températures élevées et le galvanisme appliqués sur le crâne. | 460 |
| Cas de sommeil prolongé. | 462 |
| Cas d'épilepsie. | 463 |
| Miss Dorothea Dix. | 464 |

JOURNAUX ALLEMANDS (1888).

(Anal. par le Dr AL. ADAM.)

| | |
|---|-----|
| Particularités physiques ou mentales chez les criminels. | 299 |
| Répulsion des savants allemands pour la thérapeutique suggestive. | 302 |
| Phénomènes hypnotiques sur une hystérique. | 304 |
| Élément pathologique de l'intempérance. | 304 |

III. — Bibliographie.

| | |
|--|-----|
| Leçons cliniques sur les principaux phénomènes de l'hypnotisme dans leurs rapports avec la pathologie mentale; par M. le Dr J. Luys (Anal. par M. le Dr A. Cullerre). | 149 |
| Un cas de tumeur cérébrale, extirpation, mort; par MM. les Drs Knapp et Bradford (Anal. par M. le Dr A. Cullerre). | 151 |
| Recherches sur les maladies mentales; par le Dr Baillarger (Anal. par le Dr L. Camuset). | 307 |
| Du délire des persécutions ou maladie de Lasègue; par le professeur Ball (Anal. par le Dr Arnaud). | 315 |
| Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme; par Paul Sollier (Anal. par le Dr Camuset). | 318 |
| Hérédité et alcoolisme. Etude psychologique et clinique sur les dégénérés buveurs et les familles d'ivrognes; par le Dr Legrain (Anal. par le Dr J. Hamadier). | 321 |
| De l'avis du médecin à propos du mariage des individus à antécédents psychopathiques personnels ou héréditaires; par le Dr Stedmann. — Le système familial appliqué aux aliénés; par le même (Anal. par le Dr Cullerre). | 323 |
| Les aliénés et les asiles d'aliénés. Assistance, législation et médecine légale; par le Dr J. Falret. (Anal. par le Dr L.-F. Arnaud). | 465 |
| Les régicides dans l'histoire et dans le présent; par le Dr E. Régis. (Anal. par le Dr Dombey). | 470 |
| L'évolution du système nerveux; par le professeur H. Beaunis. (Anal. par le Dr L. Camuset). | 472 |
| De l'assistance des aliénés indigents du Yorkshire dans le passé, le présent et l'avenir; par le Dr Haek Tuke. (Anal. par le Dr Cullerre). | 475 |

| | |
|--|-----------------|
| Du vertige paralysant, maladie de Gerfier; par le Dr Ladame. (Anal. par le Dr Guillerre). | 476 |
| Contribution à la pathologie de la nuit: paralysie nocturne; par le Dr Ch. Féré. (Anal. par le Dr Guillerre). | 477 |
| Délire systématisé chez deux sœurs; par le Dr Frederick Peterson. — De la colonisation des épileptiques; par le même. (Anal. par le Dr Guillerre). | 478 |
| La femme pendant la période menstruelle. Etude de psychologie morbide et de médecine légale; par le Dr S. leard. (Anal. par A. R.). | 480 |
| De la chorée chronique; par le Dr E. Huet. (Anal. par A. R.). | 480 |
| BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. | 482, 325 et 481 |
| ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. Séance du 28 avril 1890. | 484 |

IV. — Variétés.

| | |
|---|-----|
| Nominations et promotions: MM. Kéraval, Belle. — Nécrologie: Saint-Yves. — Congrès annuel des médecins aliénistes; session de Rouen. — Concours d'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés. — Circulaire ministérielle sur les conditions d'installation des cellules pour les aliénés en observation dans les hospices. Instructions. — Une révolte à Bicêtre. — Incendie de l'asile de Longue-Pointe (Canada) et de l'asile d'idiots de New-York. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique. | 165 |
| Nominations et promotions: MM. Le Bègue, Briand, Legrain, Meuriot, Rueff, Sollier, Giraud, Fabre, Lallemant, Tondou, Royet. — Nécrologie: Baume. — Patronage des aliénés guéris des asiles de la Seine; leur admission à l'annexe de l'asile national de Vincennes. — Les morsures humaines. — Le martyrologe de la psychiatrie (<i>suite</i>). — Faits divers. — Enseignement: MM. Paul Dubuisson, Langlois. — <i>Erratum</i> . | 328 |
| Nominations et promotions: MM. J. Dagonet, Brun, Maunier, Adam, Rouillard, Guinon. — Le martyrologe de la psychiatrie (<i>suite</i>). — Les révoltes d'aliénés. — Fréquence de l'ivresse par l'éther en Irlande. — Faits divers. — Congrès annuel de médecine mentale; session de Lyon. | 487 |
| Table des matières du tome XII de la septième série. | 493 |